RELATÓRIO DE ESTÁGIO

"Na rota do conhecimento"

Ana Cláudia de Oliveira Roça

Porto, Junho de 2011

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

"Na rota do conhecimento"

Apresentado ao Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Elaborado por: Ana Cláudia de Oliveira Roça

Orientado por: Mestre Constança Festas

Porto, Junho de 2011

RESUMO

Este documento surge no âmbito do curso de mestrado com especialização em Enfermagem de saúde infantil e pediatria e tem como propósito primordial a realização de uma auto-reflexão sobre as experiências de estágio. Assim, ambiciono descrever e reflectir sobre as actividades que desenvolvi em estágio no sentido de atingir objectivos preestabelecidos e, dessa forma, obter competências nas áreas da gestão, prestação de cuidados, formação e investigação. Os referidos objectivos abrangem objectivos pessoais delineados aquando da elaboração de um projecto de estágio e objectivos transversais a todos os formandos do curso de mestrado com especialização em Enfermagem de saúde infantil e pediatria propostos pela Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Instituto de Ciências da Saúde (ICS) do Porto, evidentes no guia de estágio previamente elaborado.

O estágio correspondeu a 750 horas de trabalho (das quais 540 horas de contacto e 210 horas de trabalho individual), decorreu de 20 de Abril de 2009 a 30 de Janeiro de 2010 e dividiu-se em três módulos.

O módulo I referente à Saúde Infantil decorreu no Centro de Saúde de São Martinho do Bispo (Coimbra). Neste módulo de estágio tive oportunidade de assistir crianças nas várias faixas etárias, realizando consultas de vigilância, vacinação, testes de diagnóstico precoce, acções de educação para a saúde formais e informais e ainda assistência a crianças com doença aguda.

Já o módulo II relativo a Serviços de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica decorreu no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Unidade de São Sebastião e permitiu-me prestar cuidados de Enfermagem a crianças até aos 16 anos, com patologias médicas (agudas e crónicas) e cirúrgicas. O estágio neste serviço proporcionou-me ainda a experiência do acompanhamento de uma criança desde a admissão até à alta, passando pelo B.O. e recobro, o que me permitiu a sua assistência no pré, intra e pós-operatório.

Por fim, o módulo III diz respeito aos Serviços de Urgência Pediátrica (SUP) e Serviços de Neonatologia, tendo decorrido, respectivamente, no SUP do Hospital Infante Dom Pedro de Aveiro (HIPA) e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga, Unidade de São Sebastião. O primeiro serviço possibilitou-me a assistência a crianças das diversas faixas etárias em situação de urgência e emergência. No que diz respeito ao estágio na UCIN, este permitiu-me prestar cuidados a RN em contexto de cuidados intensivos e cuidados intermédios.

Em suma, cada um destes módulos revelou-se singular na minha aprendizagem. Ainda que em todos tenha assistido crianças/famílias, considero que cada um deles possuiu especificidades próprias. Assim, apenas assistindo crianças/famílias nos diversos contextos me foi possível adquirir competências para a prestação de cuidados à criança/família enquanto especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Palavras-chave: Criança, Família, Enfermagem.

ABSTRACT

This document appears in the master's degree in Nursing with specialization in paediatrics and child health and its primary purpose the achievement of self-reflection on training experiences. So ambition to describe and reflect on the activities developed in stages in order to achieve predetermined objectives, and thereby gain skills in management, care, training and research. These objectives include personal objectives outlined in the preparation of a draft stage and cross-cutting objectives to all graduates of master's degree in Nursing with specialization in pediatrics and child health proposed by the Catholic University of Portugal (UCP) - Institute of Health Sciences (ICS) Porto, evident in the guide stage beforehand.

The stage corresponded to 750 hours of work (of which 540 contact hours and 210 hours of individual work), held from April 20, 2009 to 30 January 2010 and was divided into three modules.

The module I ran on the Child Health at the Health Centre of São Martinho do Bispo (Coimbra). In this module stage had the opportunity to assist children in various age groups, conducting surveillance consultations, vaccinations, tests for early detection, education activities for formal and informal health care and even children with acute illness.

Already Module II on Medical and Surgical Services in settings of acute and chronic held at the Paediatric Hospital Center of Entre Douro e Vouga Unit, San Sebastian and allowed me to provide nursing care for children up to 16 years with medical conditions (acute and chronic) and surgical. The stage in this service has provided me the experience of accompanying a child from admission until discharge, through the BO and I regain, which allowed me to his assistance in pre-, intra-and postoperatively.

Finally, the module III with respect to the Paediatric Emergency Services (SUP) and Service of Neonatology, having lasted, respectively SUP Hospital Infante Dom Pedro de Aveiro (HIPA) and the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) at the Center Among the hospital Douro e Vouga, Unit of St. Sebastian. The first service allowed me to care for children of different ages in a state of emergency and urgency. With regard to the stage in the NICU, this allowed me to care for newborns in the context of intensive care and intermediate care.

In short, each of these modules proved to be singular in my learning. Although it has seen in all children / families, I believe that each possessed its own peculiarities. So, just watching children / families in various contexts I could acquire skills to care for the child / family as a specialist in Child Health Nursing and Pediatrics.

Keywords: Child, Family, Nursing

PENSAMENTO

“O homem irreflectido, vendo apenas os efeitos das coisas e não as suas causas, fala de sorte. Há esforços e há resultados. E é o valor do esforço, não a sorte, que é o caminho do resultado” (James Allen)

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, pais, irmão e restante família pelo seu amor.
Aos meus amigos e colegas de trabalho pelo apoio.
Aos Enfermeiros que me acompanharam durante os diversos módulos de Estágio.
À Mestre Constança Festas pela disponibilidade.
Às crianças/famílias a quem prestei cuidados e que me proporcionaram óptimas oportunidades de aprender a ser mais e melhor.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACIU – Atraso do Crescimento Intra-Uterino

BO – Bloco Operatório

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

EESIP – Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

EPE – Entidade Pública Empresarial

HIPA – Hospital Infante D. Pedro – Aveiro

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

O_2 - Oxigénio

PE – Processo de Enfermagem

PÁG. - Página

PBE – Prática baseada na evidência

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

SO – Sala de Observações

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE pág.

0. INTRODUÇÃO

A unidade curricular “Relatório” do curso de mestrado em Enfermagem com especialização em saúde infantil e pediatria prevê a realização de um trabalho reflexivo com crítica para as actividades realizadas em estágio. Assim surge este trabalho denominado “Relatório de Estágio: Na rota do conhecimento” no qual aspiro demonstrar de que forma as actividades desenvolvidas se revelaram profícuas para alcançar objectivos pessoais e delineados pela UCP e, desse modo, adquirir competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados na área da saúde infantil e pediatria. A escolha do título alicerçou-se no facto de, em todo o estágio, a minha preocupação ter ido na direcção da busca do conhecimento, da aprendizagem, do saber para ser mais e melhor pessoa e profissional.

No trabalho supracitado estarão perceptíveis as aprendizagens pessoais, vivências e experiências em estágio nos diversos locais e contextos. De acordo com o plano de estudos do referido curso, o estágio representou uma quantia de 30 créditos, aos quais corresponderam 750 horas de trabalho (das quais 540 horas foram de contacto e 210 horas de trabalho individual). Este dividiu-se em três módulos pré-estabelecidos pela UCP, cada um dos quais com 10 créditos, ou seja, 250 horas (180 horas de contacto e 70 de trabalho individual):

- Módulo I – Saúde Infantil que decorreu no Centro de Saúde de São Martinho do Bispo, Coimbra, de 6 de Outubro a 28 de Novembro de 2009;
- Módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica que decorreu no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga – Unidade de São Sebastião, de 20 de Abril a 20 de Junho de 2009;
- Módulo III – Serviços de Urgência Pediátrica, decorreu no SUP do HIPA, de 30 de Novembro a 22 de Dezembro de 2009 e Serviços de Neonatologia que decorreu na UCIN do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga – Unidade de São Sebastião, de 4 a 30 de Janeiro de 2010.

Importa ainda salientar que por o módulo III ser subdividido em duas vertentes (serviços de urgência pediátrica e serviços de neonatologia), cada uma delas possuiu a carga horária de 125 horas (90 de contacto e 35 de trabalho individual).

Os módulos anteriormente referenciados foram realizados fora do grande Porto, por preferência própria, visto ser do distrito de Aveiro e exercer funções em Coimbra. Desta forma,

foi-me concedida a possibilidade de realizar o estágio em unidades de saúde/serviços que me possibilitassem adequadas oportunidades de aprendizagem e de aquisição de competências numa área geográfica mais acessível. A caracterização de cada serviço de estágio será feita em **Anexo I**.

Em todos os módulos tive como tutor um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, tendo realizado 3/4 turnos por semana de acordo com o seu horário. Importa ainda destacar que nos módulos II e III pratiquei horário rotativo sendo assim possível aperceber-me da dinâmica dos vários serviços em cada um dos turnos (manhã, tarde e noite).

Com a elaboração deste Relatório de estágio pretendo atingir os objectivos:

- Demonstrar e reflectir sobre actividades desenvolvidas em estágio;
- Demonstrar de que forma apliquei conhecimentos e tive capacidade de compreensão e de resolução de problemas durante os diversos módulos de estágio;
- Evidenciar a capacidade de integrar conhecimentos e lidar com situações complexas em contexto de estágio;
- Comprovar ser capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a audiências especializadas e não especializadas;
- Cumprir uma exigência curricular;
- Servir como instrumento de avaliação;
- Prestar provas de Mestrado.

Este trabalho é descritivo e divide-se em parte preliminar (que inclui capa, folha de rosto, resumo, *abstract*, agradecimentos, pensamento, índice e lista de abreviaturas), corpo do texto (que compreende a análise crítica das competências adquiridas em estágio e a conclusão) e páginas pós-textuais (composta por bibliografia e anexos). No corpo do trabalho propriamente dito intitulado “Análise crítica das competências adquiridas em estágio” pretendo demonstrar em que medida as actividades que desenvolvi durante o estágio me permitiram satisfazer os 29 objectivos pré-estabelecidos pela universidade no guia de estágio. Assim, associei estes objectivos em quatro áreas a que designei de subcapítulos do trabalho: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. Optei por esta divisão uma vez que estes são os âmbitos basilares que a Ordem dos Enfermeiros (OE) referencia como áreas de actividade dos Enfermeiros. No primeiro subcapítulo abordo a prestação de cuidados e refiro de que modo contribuí para uma excelente qualidade assistencial à criança/família nos diversos contextos do estágio. No segundo subcapítulo demonstro de que forma a gestão foi uma preocupação em estágio, tanto no que concerne à gestão de recursos, como à área de supervisão clínica. O âmago do terceiro subcapítulo é a formação. Nele pretendo evidenciar em que medida procurei o autodesenvolvimento profissional, gerindo a informação alcançada. Por fim, o quarto subcapítulo é subordinado à área da investigação. Neste subcapítulo ambiciono demonstrar

como contribuí para o desenvolvimento da investigação em Enfermagem e de que modo a empreguei na prestação de cuidados à criança/família.

1. ANÁLISE CRÍTICA DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ESTÁGIO

Neste capítulo do relatório pretendo descrever e reflectir criticamente sobre as actividades realizadas em estágio e assim comprovar de que modo consegui satisfazer objectivos e adquirir competências para a prestação de cuidados especializados à criança/família. Este capítulo subdividir-se-á em quatro subcapítulos: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação (os fundamentos desta divisão foram explicitados na introdução do trabalho). A estrutura de cada subcapítulo será análoga. Em caixa de texto encontrar-se-ão os objectivos gerais relacionados com o respectivo subcapítulo, seguindo-se os objectivos específicos e, por fim, a reflexão das actividades desenvolvidas.

1.1. Prestação de cuidados

A prestação de cuidados é, para mim, o cerne da Enfermagem e foi a ela que atribuí maior importância durante o estágio. Neste subcapítulo pretendo comprovar de que forma a minha assistência à criança/família em cada um dos contextos se revelou benéfica, tendo para isso desenvolvido metodologias de trabalho eficazes.

Objectivos gerais:

-Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP (8).
-Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente (14).

Objectivos específicos:

- Potenciar conhecimentos na área da EESIP.
- Demonstrar e aplicar conhecimentos aos diversos níveis de actuação relacionados com a EESIP.
- Aprofundar conhecimentos na área da EESIP.

Reflexão das actividades desenvolvidas:

Para atingir o objectivo referido com o número 8, realizei pesquisa bibliográfica em fontes fidedignas e científicas. Os livros de Enfermagem Pediátrica "Wong Fundamentos de

Enfermagem Pediátrica” de Hockenberry e “Enfermagem Pediátrica Contemporânea” de Opperman fizeram parte das minhas preferências. Efectuei ainda pesquisas em revistas científicas de Enfermagem como a revista “Sinais Vitais” e os documentos da Ordem dos Enfermeiros foram um recurso frequente. Recorria ainda a sítios na Internet fidedignos, tais como o sítio da “Direcção Geral da Saúde” e o da “Sociedade Portuguesa de Pediatria” dos quais extraí artigos que considerei proveitosos para a minha formação. Para o estágio de Neonatologia consultei ainda os Consensos de Neonatologia de 2004, uma fonte indispensável nesta área.

Os conhecimentos obtidos no módulo teórico do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria foram um suporte indispensável para o sucesso na vertente prática. Os mesmos conhecimentos revelaram-se uma base sólida, ainda que fossem, por si só, insuficientes para a prestação de cuidados à criança/família (devido a uma carga horária limitada e ainda à essência própria de um curso de Bolonha que exige trabalho individual do aluno). Assim, aos conhecimentos adquiridos na componente teórica do curso adicionei conhecimentos oriundos de trabalho individual, o que me permitiu prestar cuidados de Enfermagem de excelência à criança/família nos diversos contextos de estágio. Tenho ainda a mencionar que os Enfermeiros Especialistas que me tutoraram são detentores de competências de supervisão clínica e de sólidos conhecimentos em Enfermagem em geral e na área da especialidade em particular, o que me proporcionou grande segurança na prestação de cuidados e um recurso acessível para debelar dúvidas. Fui em todos os contextos a única aluna de especialidade. Se por um lado esta realidade se revelou oportuna pois pude usufruir de todas as oportunidades de aprendizagem e de melhor orientação por parte dos tutores, por outro foi desfavorável já que, na minha opinião, o facto de haver alguém na mesma fase do percurso de aprendizagem conduz a um apoio mútuo vantajoso. Na UCIN o meu primeiro dia de estágio coincidiu com o início do exercício de funções de uma colega no serviço cuja integração ficou a cargo da minha Enfermeira tutora. Por essa razão, o nosso horário foi idêntico pelo que se concebeu uma empatia singular entre nós, revelando-se benéfica na aprendizagem de ambas.

Objectivo específico:

- Demonstrar conhecimentos sobre o Processo de Enfermagem (PE).

Reflexão das actividades desenvolvidas:

O (PE) por ser um método sistemático e organizado, é bastante útil para assegurar a continuidade dos cuidados, evitando a sua duplicação e promovendo o envolvimento da criança/família nos mesmos. Apesar das nomenclaturas variarem consoante o autor, é unânime que o PE abrange cinco fases. Adoptando os termos de Adam (1994)[1], estas são: a

[1] Adam, Evelyn. 1994. Ser Enfermeira. Medicina e Saúde, Lisboa, 267 pps.

recolha de dados, a interpretação dos dados, a planificação das intervenções, a execução das intervenções e a avaliação. Baseando-me nos meus locais de estágio, posso afirmar que a elaboração do PE não era vulgarmente realizada de forma integral. Embora considere que este fosse realizado mentalmente, a sua passagem à forma escrita era rara. Se em contexto de urgência é aceitável que o PE não se efectue por escrito, devido à efemeridade do contacto Enfermeiro – Criança/família, já nos serviços de internamento tal razão não é válida. Exceptuando os Cuidados de Saúde Primários em que o PE era elaborado no programa SAPE® fazendo uso da linguagem CIPE® tendo em conta todas as suas fases, em mais nenhum serviço este foi elaborado inteiramente. Nos contextos de UCIN e de Pediatria existiam folhas de avaliação inicial, baseadas nas necessidades de Virgínia Henderson, e esta era realizada sem excepção pelos Enfermeiros aquando da admissão da criança/família ao serviço. No entanto, de forma escrita o PE terminava na primeira fase. Às crianças/famílias que assisti realizei o PE tendo em conta todas as suas fases nos Portfólios de estágio. Assim, a recolha de dados era, como já foi referido, realizada aquando da admissão da criança/família, em folha de avaliação inicial do serviço e, através da interpretação dos dados, eram identificados problemas/focos de atenção. Na terceira fase planeava as intervenções de Enfermagem necessárias para dar resposta aos focos de atenção/problemas diagnosticados previamente, seguindo-se a sua implementação. Por fim, realizava a avaliação das intervenções planeadas e implementadas. Em contexto de urgência o PE foi realizado mentalmente, pois através de uma breve colheita de dados, identificava focos de atenção, planeava intervenções e executava-as, sendo que a sua avaliação era imediata. Considero que a realização do PE se revelou bastante vantajosa pois levou-me a uma sistematização dos cuidados de Enfermagem à criança/família nos diversos contextos.

Objectivo específico:

- Assistir crianças/famílias nos diferentes contextos: Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Urgência, UCIN e internamento médico-cirúrgico de Pediatria.

Reflexão das actividades desenvolvidas:

Em todos os contextos de estágio tive oportunidade de prestar cuidados a crianças/famílias.

No que diz respeito aos cuidados de saúde primários efectuei 50 consultas de saúde infantil desde o nascimento até à adolescência, 32 vacinações e 5 diagnósticos precoces.

No que diz respeito às consultas de vigilância, era minha prática ir chamar as crianças à sala de espera e encaminhá-las, com o acompanhante, para o gabinete de consulta. Em apenas um caso a adolescente recusou que o pai permanecesse com ela na consulta, pelo que entrou sozinha. No final, pedi-lhe autorização para prestar informações ao acompanhante, sendo que ela assentiu. A consulta iniciava-se com a minha apresentação à criança/família de forma a criar-se um ambiente propício à prestação de cuidados. De seguida, habitualmente, colocava uma questão aberta à criança/família de forma a identificar focos da prática para estabelecer

intervenções *à posteriori*. Apenas depois de focados os temas alvo da consulta procedia à avaliação estato-ponderal, já que, na minha opinião, este momento constitui um obstáculo à consulta, pois quebra a sua sequência (ainda que a sua realização seja imprescindível). Considero que a consulta de vigilância de Enfermagem é um momento profícuo que não se pode reduzir à avaliação estato-ponderal e de sinais vitais. É de suma importância atentarmo-nos nas questões do desenvolvimento infantil, para despistarmos sinais de alarme. Assim, aproveitei os conhecimentos adquiridos no módulo teórico do curso de mestrado sobre a consulta de saúde infantil e, juntamente com outras pesquisas, elaborei um "guia orientador da consulta de Enfermagem de saúde infantil e juvenil" **(Anexo II)** (a fundamentação da realização deste guia será tratada na página 50).

Já no que diz respeito à vacinação e quando esta estava inserida nas consultas de vigilância, optei sempre por a realizar no final da consulta, independentemente da idade da criança. Se o choro dos bebés dificultava o seguimento da consulta, já em caso de crianças maiores, muitas vezes a confiança terapêutica ficava diminuída. Antes da vacinação, explicava o procedimento à criança com linguagem perceptível à sua faixa etária e, após, realizava educação para a saúde relacionada com as reacções pós-vacinais, alertando ainda para a próxima vacinação (verbalmente e no boletim de vacinação). Aquando da administração de vacinas, procurava que a criança estivesse o mais confortável possível, ao colo dos pais, sendo acarinhada de forma a reduzir a dor. Considero que a vacinação não constituiu dificuldade para mim. Lembro-me em particular de uma situação de uma menino de 7 anos ao qual ia administrar uma vacina antigripal. A criança estava bastante apreensiva pelo que estive a tentar acalmá-lo, dando-lhe tempo para que se consciencializasse de que tinha que fazer a vacina. Expliquei-lhe que ia sentir uma dor mas que no entanto não poderia mexer o seu braço pois dessa forma o poderia magoar. Disse-lhe que poderia chorar, gritar, apertar a mão à mãe mas nunca mexer o seu braço. A criança, ainda um pouco renitente, permitiu que lhe administrasse a vacina, a chorar. No final do procedimento abraçou-me como que a agradecer não lhe ter mentido e ter tido toda aquela atenção para com ele. Aquele momento foi muito recompensador e, decerto, ficará para mim, como exemplo de que é benéfico perdermos um minuto do nosso tempo para o bem de alguém. Assim, administrei vacinas a crianças nas diversas idades abrangidas pelo plano nacional de vacinação (PNV) e outras (esquemas em atraso e tardios) sem dificuldades significativas. Fazia parte do meu material de bolso um PNV em miniatura no qual me certificava das vacinas adstritas a cada caso. O registo da vacinação nos sistemas informáticos e no boletim de vacinas eram realizados previamente ao procedimento, o que considero benéfico pois permite-nos detectar algum possível erro.

Em relação ao teste de diagnóstico precoce, devo salientar que efectuei 5. Uma vez que este módulo de estágio coincidiu com o Outono, a minha tutora aconselhou-me a lavar o pezinho do bebé com água morna de forma a evitar a vasoconstrição e picadas desnecessárias. Apesar de nas instruções existentes no boletim do teste de diagnóstico precoce instruir para a realização de duas picadas consecutivas, eu procurei realizar o teste apenas com uma picada. Antes de iniciar o procedimento, explicava-o aos pais, valorizando o facto de que a razão principal que

leva o RN a chorar não é a dor, mas sim o facto de estar com o pezinho seguro e a ser levemente pressionado. Alertei sempre os pais das doenças principais detectadas pelo teste e informei-os da possibilidade de pesquisarem em sítio da Internet próprio o resultado do teste, fornecendo-lhes o destacável do boletim como preconizado. Era comum os pais no final do teste confidenciarem que anteriormente tinham a percepção que este procedimento era mais doloroso para o RN. Penso que é de extrema importância o esclarecimento do procedimento aos pais de forma a reduzir-lhes a ansiedade e de lhes explanar duvidas e ainda fazer uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor do RN. Questionava sempre as mães se preferiam amamentar o RN aquando do teste para reduzir a dor. Considero ainda que não tive dificuldades em realizar o teste de diagnóstico precoce.
Realizando uma avaliação do que foi descrito neste parágrafo, posso afirmar que em contexto de cuidados de saúde primários tive oportunidades favoráveis à aquisição de competências, procurando sempre basear as minhas intervenções em conhecimentos fundamentados em fontes científicas. Pelo exposto considero que este módulo de estágio foi profícuo à satisfação de objectivos pré-estabelecidos.

No que concerne à UCIN, prestei assistência a cinco crianças de alto risco e a nove crianças de risco intermédio. Participei ainda em duas admissões de RN à unidade e realizei um acompanhamento de um RN desde o núcleo de partos até à UCIN.
Em relação à admissão de RN à UCIN ambos eram provenientes do berçário. Um dos RN tinha como diagnóstico médico “Suspeita de massa do mediastino” e como foco da prática levantei “Dispneia”. O outro RN tinha como diagnóstico médico “Hipoglicemia” e estabeleci como foco da prática “Nutrição”. Em ambos os casos, à chegada à unidade o RN foi colocado na incubadora/berço, monitorizado cardio-respiratoriamente e foram realizadas colheitas de sangue após prescrição médica. No primeiro caso o RN ficou com administração de Oxigénio (O_2) por cânulas nasais e no segundo o RN ficou com administração de soro glicosado nas primeiras horas até estabilizar glicemias capilares.
O RN que acompanhei do núcleo de partos até à UCIN tinha o diagnóstico médico de “asfixia périnatal com liquido amniótico” e como focos da prática principais levantei “Dispneia”, “Limpeza das vias áreas ineficaz”, “Angústia de separação” e “Dor”.
Como já referi, assisti cinco crianças de alto risco e nove de risco intermédio cujos focos da prática principais foram “Angústia de separação”, “Dor”, “Nutrição”, “Desidratação”, “Dispneia”, “Limpeza das vias áreas”, “Eliminação intestinal e vesical”, “Infecção” e “Hemorragia”. Durante o meu estágio na UCIN nenhuma criança esteve sob ventilação invasiva, no entanto foi-me possível prestar cuidados a crianças com ventilação não invasiva com nCPAP (Pressão Positiva Continua na Via Aérea nasal). Não tive dificuldades significativas a manusear os ventiladores uma vez que no serviço onde exerço funções é comum fazê-lo. Apesar de não estar familiarizada com ventiladores de uso pediátrico e neonatal, considero que os princípios são os análogos aos dos ventiladores usados em adultos, bem como a sua arquitectura. Assim, na minha integração à UCIN consultei o manual de instruções dos ventiladores mais

utilizados na unidade de forma a conseguir familiarizar-me com estes aparelhos. Ainda em relação à ventilação não invasiva, os consensos de neonatologia 2004 aconselham a que se evite a aspiração do nariz em bebés com nCPAP para evitar traumatismo das mucosas. No entanto, pelo que me apercebi e pude conversar com a minha tutora, as aspirações são efectuadas, se bem que ponderadas. De facto, considero que se não houver qualquer aspiração, as secreções podem obstruir os prongs e assim, diminuir a eficácia da ventilação. Desta forma, considero que é indispensável possuirmos conhecimentos científicos que nos levem, não só, a saber fazer, mas sobretudo a saber porque fazer.

Ainda em relação à UCIN, a maior dificuldade que tive foi compreender a preparação da medicação intravenosa. No estágio de Pediatria esta era preparada tal como era prescrita, isto é, fazia-se a conta da prescrição médica e a preparação era tal qual como a prescrição. Após a sua administração, colocava-se em perfusão uma seringa com cerca de 5cc de soro fisiológico para que a medicação que ficara no prolongador fosse também ela administrada. Já na UCIN as contas são feitas para que o que fica no prolongador seja desperdiçado, perfundindo a terapêutica prescrita no que está na seringa. Assim, temos que ter em conta não só a quantidade que o prolongador leva (cerca de 2 ml) mas também o tipo e o ritmo de soro que a criança tem prescrito e ainda o tempo recomendado para a perfusão da terapêutica a administrar. No final da perfusão administra-se 0,5 ml de soro para "lavar" o catéter, evitando obstruções. Considero que esta forma é a mais correcta de administrar terapêutica, já que se os bebés têm por vezes soros a 4ml/h, é uma sobrecarga hídrica desmesurável administrar 5ml de soro em apenas 10 ou 20 minutos.

Em contexto de internamento de Pediatria prestei cuidados de Enfermagem a 14 crianças/família em contexto médico, 15 em contexto cirúrgico e ainda 5 crianças/família com doença crónica. Tive ainda oportunidade de acompanhar uma criança/família no BO e recobro, assistindo à intervenção cirúrgica (Adenoidectomia e Miringotomia). Durante este módulo do estágio realizei ainda um turno no SUP e um turno na Consulta de Diabetologia Infantil, já que são as equipas de Enfermagem do serviço de Pediatria e da UCIN quem exerce funções no SUP e na Consulta Externa, pelo que nestes turnos acompanhei a minha tutora.

As cirurgias mais comuns durante o período de estágio foram apendicectomias, excisões de quistos pilonidais, meringotomias, adenoidectomias e amigdalectomias. Algumas crianças do SUP seguiam para o BO e posteriormente para o serviço de Pediatria pelo que, nestes casos, os cuidados que lhes prestei foram pós-operatórios imediatos e mediatos. No entanto, a maioria ia para o BO após internamento prévio no serviço e nesse caso foi-me possível prestar cuidados pré e pós-operatórios. Os cuidados pré-operatórios básicos são comuns a todas as crianças pelo que explicarei apenas o percurso da criança que acompanhei desde a admissão ao BO e recobro, podendo-se, assim, fazer uma analogia entre os cuidados pré-operatórios desta e de outras crianças às quais prestei cuidados.

Acompanhei uma criança de 4 anos que seria sujeita a meringotomia, adenoidectomia e amigdalectomia. A sua admissão ao serviço foi realizada no dia da cirurgia, pela manhã. Fui

receber a criança e os seus pais na sala de espera. Certifiquei-me que estava em jejum e integrei-os na unidade, mostrando-lhes o serviço à criança. Após um período de adaptação da criança e dos pais ao serviço, convidei os pais a vestirem um pijama à criança e a acompanharem-me à sala de tratamentos. O primeiro passo passou pela explicação à criança do que iria acontecer, respeitando o seu nível de desenvolvimento e fazendo uso de justificações curtas e honestas. Após esta fase, pesei a criança, puncionei veia periférica, coloquei em perfusão soro 210 por sistema microgotas (prescrição médica) e preenchi a folha de protocolo de preparação pré-cirúrgica em que registei os procedimentos que antecederam a ida da criança para o BO, tais como confirmação do jejum, punção venosa, confirmação da identidade da pulseira de identificação, administração de medicação pré-operatória e avaliação de sinais vitais. Quando solicitaram a presença da criança no BO fiz-me acompanhar de uma assistente operacional, dos pais da criança e da criança na sua cama. O pai ficou a aguardar na sala de espera e a criança e a mãe entraram para o BO. Fui muito bem recebida pelos colegas do BO e médicos, paramentei-me e fui para junto da criança, com a qual estive a brincar um pouco com brinquedos do BO. Passados cerca de 30 minutos, o anestesista dirigiu-se junto de nós, disse à mãe para aguardar um pouco na sala de espera e levou a criança ao colo para a sala de cirurgia, dizendo que iam jogar "Playstation". Assisti a toda a intervenção por um microscópio e o cirurgião teve a amabilidade de me explicar todo o procedimento. No final da cirurgia acompanhei a criança no recobro e posteriormente no serviço de Pediatria até à alta clínica. Esta experiência foi positiva pois permitiu-me aperceber do percurso de uma criança desde a admissão à alta, passando pelo BO e recobro, distinguindo os cuidados pré, intra e pós-operatórios e participando neles.

No que concerne à assistência a crianças do foro médico, as patologias mais comuns foram a febre, bronquiolite e pneumonia e os focos da prática mais comuns a "Dispneia", "Febre", "Infecção" e "Dor".

Em relação à assistência a crianças com doença crónica, prestei cuidados a crianças com diagnóstico médico de diabetes inaugural, hiperreactividade brônquica, mucopolissacaridose tipo II e os focos da prática mais levantados foram a "Febre", "Limpeza das vias aéreas", "Dispneia", "Dor", "Desidratação" e "Infecção".

Considero que em contexto de internamento de pediatria tive experiências enriquecedoras e variadas, assistindo crianças de várias faixas etárias. O facto de ter realizado estágio num serviço médico-cirúrgico foi positivo pois pude prestar cuidados a crianças dos dois foros num só serviço, o que evitou tempo de adaptação e integração a um novo serviço.

Em contexto de urgência foi-me possível, apesar da reduzida carga horária deste módulo de estágio (90horas de contacto), prestar cuidados de Enfermagem à criança/família em todos os ambientes de cuidados daquele SUP (triagem, Sala de Observações (SO), Open-Space e sala de nebulizações). Não prestei cuidados a crianças/famílias na sala de emergência já que nunca houve necessidade de que crianças fossem lá assistidas durante os meus turnos. No entanto, foi-me, por parte do meu tutor, explicada a sua dinâmica e possibilitado o manuseamento dos

materiais de emergência e o reconhecimento do carro de emergência. Neste contexto realizei 66 triagens à criança/família e 22 assistências a crianças/famílias. Considero ter sido possível um número significativo de assistências já que a minha integração no SUP foi bastante fácil e o reconhecimento do aplicativo informático “ALERT”® imediato, já que me encontro a exercer funções num Serviço de Urgência com utilização do mesmo aplicativo. Os focos da prática mais comuns em contexto de SUP eram a “Dispneia”, “Febre”, “Dor”, “Vómitos”, “Diarreia”, “Feridas traumáticas” e “Lipotímia”. Uma vez que o estágio coincidiu com o surto de Gripe A, às crianças/famílias com sintomas compatíveis com esta patologia, era providenciada uma máscara de protecção e aguardavam em sala apropriada.

Em todos os contextos, antes de efectuar qualquer procedimento explicava-o à criança (com linguagem adequada ao seu estadio de desenvolvimento e idade) e à família, sem me fazer acompanhar de qualquer objecto que denunciasse a minha intenção. Assim, sou apologista de que devemos, sempre que possível, convencer a criança a colaborar nos procedimentos, evitando o recurso à contenção. A preparação da criança para o procedimento, muitas vezes doloroso, não evita que a criança chore, no entanto permite ajudar a criança a enfrentar o procedimento de forma mais saudável. Não me esquecerei certamente de uma situação, no serviço de Pediatria, em que, juntamente com a minha tutora e a mãe da criança (de cinco anos) permaneci cerca de trinta minutos a tentar persuadi-la no sentido de ser puncionada para realizar uma colheita de sangue. Ora colocávamos o garrote no boneco e puncionávamos o boneco, ora colocávamos o garrote na mãe… ora em nós mesmas (utilização do brinquedo de dramatização). A certa altura a criança permitiu que realizássemos a colheita de sangue, sem contenção física. Tendo em conta este exemplo, considero que é fundamental que a criança seja preparada para os procedimentos, fazendo uso de linguagem perceptível ao seu nível de desenvolvimento e isenta de mentiras, já que penso que a mentira leva à perda de confiança da criança.

Assim, os vários contextos de estágio permitiram-me ter uma visão holística da assistência à criança/família e adquirir competências para prestar cuidados de Enfermagem especializados à criança/família. Aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem, tendo assistido crianças das diversas faixas etárias. Demonstrei conhecimentos sobre o PE tendo-o desenvolvido em todos os contextos.

Pelo exposto considero que desenvolvi uma metodologia eficaz na assistência ao cliente, tendo satisfeito o objectivo proposto.

Objectivo geral:

Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura (16).

Objectivo específico:

- Comunicar com a criança/família, fazendo uso de uma linguagem clara e adequada ao seu estadio de desenvolvimento/nível cognitivo.

Reflexão das actividades desenvolvidas:

A Enfermagem é uma profissão de relação, uma ciência cuja filosofia está ligada ao cuidar, à relação humana, de ajuda. Assim, muito mais do que dominar as técnicas, o Enfermeiro necessita de ter a arte de se relacionar com o outro, escutando-o, acalmando-o! A comunicação tanto com a criança como com os pais/família é angular na nossa prática. Soares (1987) afirma que "Comunicar, ou antes, saber comunicar é humanizar"[2]. Desta forma, a comunicação é usada como instrumento de suporte das intervenções dos Enfermeiros, servindo de aproximação à Pessoa vulnerável, permitindo, segundo Freitas (2008) "conversar, escutar, tranquilizar, esclarecer dúvidas e criar sentimentos de segurança e esperança"[3]. Para existir uma boa relação terapêutica com a criança e sua família é necessário respeitar os seus valores e crenças. Para Galego (2002) ser Enfermeiro é ser capaz de "ver no outro a diferença sem se notar que olhou – porque o olhar é discreto, acrítico, sinónimo de respeito e cumplicidade"[4].

A comunicação que estabeleci com a criança e família foi-se alterando de acordo com o ambiente de cuidados e com o alvo dos mesmos. No entanto alguns princípios mantiveram-se ao longo de todo o percurso de estágio, independentemente do contexto. Em todos os ambientes procurei tratar os pais/familiares/cuidadores pelo nome próprio em detrimento dos habituais "mamã" e "papá". Considero que esta forma de tratamento é bastante redutora ao resumir a individualidade destas pessoas que para além de pais são também pessoas singulares, homens e mulheres! Ao relacionar-me com a criança/família apresentei-me referindo a minha função. No entanto, admito que nem sempre o fiz, sobretudo em ambiente de urgência, devido à premência de algumas situações. A preocupação com a garantia de privacidade foi ainda uma constante na minha prática. Procurei um ambiente com o menor ruído e interrupções por parte de outrem. Em relação ao uso de auxiliares informáticos, tentei realizar registos após o contacto com a criança/família, evitando este entrave à comunicação.

[2] Soares, Sérgio. 1987. Humanização dos cuidados de enfermagem no serviço de urgências. Enfermagem 10: p. 33-35.
[3] Freitas, José. 2008. Tratar versus cuidar: do passado para o presente/futuro. Sinais Vitais 80: p. 37-41
[4] Galego, Lurdes e Silva, Paula C. 2002. Dimensão relacional. Tecnologia Médica 3: p. II-V

Em qualquer dos ambientes da prestação de cuidados demiti-me de qualquer juízo de valor ou imposição de crenças pessoais, demonstrando assim respeito pelas diferenças culturais. Fui empática com a criança/família alvo dos meus cuidados em todas as situações, demonstrando ainda disponibilidade para a escuta activa. Considero que sempre foi minha preocupação fazer uso de uma linguagem clara, compreensível, utilizando o menor número de nomes técnicos possível. De acordo com o que é minha filosofia de cuidados, procurei sempre ter uma atitude flexível para com a criança e família. A comunicação com a criança deve ser adequada ao seu estadio de desenvolvimento. Assim, em relação aos lactentes, a comunicação não-verbal é eleita como a mais importante. Já em relação às crianças em idade pré-escolar e escolar tentei dar-lhes espaço para se sentirem à vontade no ambiente de cuidados, fazendo uso frequente a objectos de transição, como bonecos. Por exemplo, na avaliação da tensão arterial nestas idades foi frequente colocar o estetoscópio nos seus ouvidos para que eles próprios pudessem ouvir o meu coração, de forma a compreenderem e colaborarem no procedimento. A honestidade e a verdade são fulcrais na relação com a criança pelo que estas sempre foram uma constante na minha prática. Em relação aos adolescentes, procurei deixar à sua consideração a presença dos pais junto deles e realizei uma abordagem rápida das suas preocupações e expectativas de forma que a minha prestação junto destes fosse o mais profissional e positiva para ambos. Ao demonstrar estas preocupações fui de encontro ao que Hockenberry (2006) defende "Para ser bem sucedida a comunicação deve ser apropriada à situação, adequadamente oportuna e feita com clareza. Isto implica o uso de técnicas de comunicação eficazes pelos enfermeiros, incluindo saber ouvir")[5].

A comunicação com a criança/família varia de acordo com o ambiente de cuidados. Se em contexto de cuidados de saúde primários o contacto Enfermeiro – criança/família é regular o que permite uma empatia, confiança e continuidade de cuidados singulares, já em ambiente de urgência o mesmo não é verdade. Em cuidados de saúde primários o Enfermeiro assiste ao desenvolvimento da criança desde o seu nascimento, conhecendo ainda a dinâmica familiar. Assisti, em estágio, a relações muito agradáveis entre a minha tutora e as crianças/famílias que assistia. Muito mais do que a Enfermeira de família, esta era um ombro amigo ao qual a criança/família sabia que poderia recorrer a qualquer momento. Já em contexto de urgência, se por um lado, a própria situação de doença aguda é fonte de stresse para a criança/família, por outro o próprio ambiente é propício a contactos mais efémeros. O Enfermeiro de urgência convive com situações de urgência/emergência que acarretam nos pais preocupação com a saúde do seu filho e ansiedade perante o futuro. Assim, é de primordial importância que o Enfermeiro neste contexto tenha um perfil relacional particular, pois tem que lidar com os sentimentos negativos que esta situação causa. Deste modo, é essencial que o Enfermeiro de urgência comunique com a criança/família de forma calma, explicando todos procedimentos a realizar de forma a combater o medo do desconhecido. O Enfermeiro deste contexto deve

[5] Hockenberry, Marilyn J. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª edição. Elsevier Editora, Rio de Janeiro, 1303 pps.

ainda ser capaz de ouvir, relativizando, afirmações proferidas pelos pais em situação de stresse ou porque consideram que a cor da pulseira da triagem desvaloriza a urgência da situação, não coincidindo com a prioridade do seu filho (que para um pai é sempre a criança mais doente da sala de espera), ou porque o Enfermeiro não punciona a veia à primeira tentativa ou ainda porque existe uma demora no atendimento.

No que respeita ao internamento de pediatria o ambiente caracteriza-se pela privacidade de uma enfermaria em que o número de dias de internamento contribui para uma certa familiaridade com aquele espaço físico, com as outras crianças/pais internadas e com os profissionais de saúde. Desta forma, ao longo do internamento assiste-se a um acréscimo da confiança e empatia da criança/família para com os profissionais, em particular para com os Enfermeiros. O próprio ambiente permite a brincadeira terapêutica com as crianças, o que se revela de extrema importância na relação criança/Enfermeiros.

Em relação à UCIN a comunicação com os pais assume uma importância extrema. Se por um lado, estes não se encontravam preparados para um nascimento prematuro ou para uma situação de doença do RN, o que transforma este período num período de crise, por outro, todo o ambiente de cuidados é estranho e a fragilidade do RN assustadora. Assim, o Enfermeiro deve transmitir calma, serenidade, compreensão em relação aos medos e angústias dos pais e deve demonstrar que estes são o cerne dos cuidados ao RN.

Em suma, considero assim que o leque de contextos de estágio me possibilitaram o aperfeiçoamento da competência relacional, tendo conseguido uma comunicação eficaz com a criança/família em todos os ambientes.

Objectivo geral:

- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar (17).

Objectivo específico:

- Conhecer o ambiente de cuidados dos diversos locais de estágio bem como a sua dinâmica.

Reflexão das actividades desenvolvidas:

Para ser possível uma integração eficaz nos serviços nos quais realizei estágio, foi imprescindível uma visita inicial guiada pelas Enfermeiras Chefes em contexto de UCIN, Internamento de Pediatria e SUP e pela Enfermeira tutora em contexto de Cuidados de Saúde

Primários. A consulta dos manuais de acolhimento dos serviços assumiu também um papel importante na satisfação deste objectivo. Os primeiros dias de estágio em cada contexto foram utilizados fundamentalmente para a observação do ambiente de cuidados, favorecendo uma perfeita integração. Em **Anexo I** encontram-se as caracterizações dos diferentes locais de estágio.

A excelente integração nos serviços de estágio possibilitou-me a percepção de que, na UCIN e no “Open-Space” do SUP, o espaço amplo permite uma visão geral do ambiente de cuidados, levando a uma rápida actuação em caso de emergência. No entanto esta particularidade leva a que as crianças estejam, por vezes, demasiado expostas, o que pode revelar-se uma limitação à privacidade. Este aspecto é mais visível no SUP, no entanto, ressalto que apesar das limitações físicas próprias de um serviço de urgência no que diz respeito a este aspecto, os profissionais de saúde, em particular os Enfermeiros, na sua generalidade, demonstram preocupação em relação à privacidade da criança/família. Em contrapartida, em ambiente de internamento de Pediatria ou mesmo em SO do SUP a privacidade da criança é mais exequível de zelar, já que cada criança tem a sua enfermaria, a sua cama, o seu espaço. Mesmo assim, considero que, à imagem do que acontece no SO, deveriam existir cortinas entre as camas das crianças nos serviços de Pediatria.

Assim, posso afirmar que a integração nos serviços foi relativamente fácil, considerando que o ambiente em que tive mais dificuldades de integração foi o da UCIN devido às suas particularidades e ao facto de esta ter sido a primeira experiência em ambiente de cuidados intensivos neonatais. Se o ambiente de urgência me é familiar devido ao facto de exercer funções num Serviço de Urgência, os ambientes de internamento e de Cuidados de Saúde Primários não me eram estranhos devido às experiências obtidas enquanto aluna da Licenciatura em Enfermagem. De qualquer forma, demonstrei iniciativa para aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem. Penso que consegui integrar-me e envolver-me em todos os ambientes de estágio com relativa facilidade.

Objectivos específicos:

- Conhecer os recursos humanos dos locais de estágio e a sua articulação dentro da equipa durante um turno.
- Integrar a equipa multi e interdisciplinar dos serviços de estágio demonstrando capacidade de adaptação e articulação com os elementos das várias equipas.
- Reconhecer/Promover a articulação dos serviços com outros recursos de apoio.

Reflexão das actividades desenvolvidas:

Os Enfermeiros como membros de uma equipa de saúde encontram-se inseridos em equipas multidisciplinares nas quais os diferentes profissionais trabalham em conjunto. Segundo o

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2009), no artigo 91.º, o Enfermeiro na equipa de saúde assume o dever de "a) actuar responsavelmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma; b) trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde; c) integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços"[6]. Desta forma o Enfermeiro dentro da equipa de saúde tem que se articular não só com os restantes colegas da mesma área profissional, mas também com outras profissões da saúde, nomeadamente médicos e assistentes operacionais com os quais trabalhamos mais directamente. Assim, devemos trabalhar em complementaridade para um fim único: atingir o melhor cuidado à criança/família. A este propósito, as intervenções realizadas pelo Enfermeiro são categorizadas em duas categorias, no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE): as intervenções autónomas e as interdependentes. As intervenções autónomas são aquelas prescritas e realizadas pelos Enfermeiros, "sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade", Silva (2008)[7]. Já as intervenções interdependentes são as iniciadas por outros técnicos da equipa – por exemplo: prescrições médicas – e o Enfermeiro assume a responsabilidade da sua execução. Tendo em conta o referido, considero que em todos os contextos de estágio, o ambiente entre os vários elementos das equipas multi e interdisciplinares foi salutar, agindo em complementaridade funcional para o mesmo objectivo, a assistência de qualidade à criança/família. Como afirma Nôro (2008) parafraseando Paiva (2003) "a análise dos problemas num ambiente multidisciplinar enriquece a qualidade das soluções e, portanto, melhora a qualidade de saúde e… a forma mais barata de produzir cuidados de saúde, é produzi-los com qualidade"[8]. Foi fácil a minha integração nas ditas equipas e o trabalho em complementaridade com as mesmas, compreendendo e aceitando os papéis, competências, limites e funções de cada profissional dentro da equipa de saúde, demonstrando cooperação e confiança e actuando na minha área de competência de forma responsável, manifestando sempre uma conduta isenta de qualquer crítica ou alusão depreciativa a outros colegas ou outros profissionais.

No que diz respeito à articulação dos serviços com recursos de apoio, o SUP e os serviços de UCIN e de Pediatria articulavam-se com os serviços de: nutrição e alimentação, farmácia, serviço social, aprovisionamento, informática, instalações e equipamentos, esterilização, tratamento de roupas, higiene e limpeza, patologia clínica/imuno-hemoterapia, anatomia patológica, imagiologia e a medicina física e reabilitação.

[6] Ordem dos Enfermeiros. 2009. Estatuto, 83 pps.
[7] Silva, Carla A. C. 2008. Enfermagem como profissão autónoma. Sinais Vitais 76: p. 12-13
[8] Nôro, Filomena S. P. e Coelho, Odete C. F.F. 2008. Sinais e Sintomas da Enfermagem Actual. Sinais Vitais 76: p. 5-11

Em relação ao Centro de Saúde de São Martinho do Bispo, este articulava-se com o Centro Hospitalar de Coimbra (serviço de esterilização), escolas e jardins-de-infância da sua área de abrangência, Juntas de Freguesia e Câmara de Coimbra.

Objectivo específico:

- Identificar a metodologia de trabalho utilizada na organização e funcionamento dos serviços.

Reflexão das actividades desenvolvidas:

A prestação de cuidados insere-se no seio de um conjunto de fenómenos e acontecimentos. A utilização de um método de trabalho eficaz pode assegurar a melhoria da qualidade do cuidado e a vitalidade da organização. No serviço de internamento de Pediatria e na UCIN do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, Unidade de São Sebastião, EPE o método de trabalho em uso é o individual, em que se evidencia um investimento na continuidade de cuidados prestados à criança/família. Neste método, a totalidade dos cuidados à criança/família é prestada pelo enfermeiro afecto àquele binómio no turno. Penso que este método se adapta bem aos serviços e às suas necessidades.

Já no que diz respeito ao Centro de Saúde de São Martinho do Bispo, Coimbra, cada Enfermeiro trabalha em complementaridade funcional com um ou mais médicos constituindo assim, a equipa de família (médico e Enfermeiro de família). A Enfermeira Ilda, como Especialista em Saúde Infantil e Pediatria trabalha ainda em conjunto com a Pediatra do Centro de Saúde.

Em relação ao SUP do HIPA os Enfermeiros de cada turno são escalados numa das três áreas do serviço (“Open-Space”, Sala de Observações (SO) e Triagem) sendo assim responsáveis pelos cuidados dessa mesma área, o que leva a concluir que o método de trabalho é também o método individual.

No que diz concerne à dotação de Enfermeiros nos diversos serviços, a comissão nacional da saúde da criança e do adolescente em 2008 defendia que os rácios dos cuidados hospitalares são:

- Enfermaria – 1 Enfermeiro/6 crianças;
- Cuidados Intensivos – 1 Enfermeiro/2 crianças;
- Cuidados Intermédios – 1 Enfermeiro/4 crianças;
- Unidades de Cuidados de Curta Duração – 1 Enfermeiro/4 crianças;

- Urgência Pediátrica – mínimo 3 elementos/turno.

Contrapondo esta proposta com o que acontece no Estado da Califórnia (EUA)[9], os rácios são:

- Cuidados Intensivos – 1 Enfermeiro/2 crianças;
- Pediatria – 1 Enfermeiro/4 crianças.

A realidade dos serviços onde realizei estágio era, em média:

- UCIN: cuidados intensivos – 1 Enfermeiro/2 crianças;
- Cuidados Intermédios – 1 Enfermeiro/4 crianças;
- Pediatria – 1 Enfermeiro/6 crianças;
- SO – 1 Enfermeiro para a totalidade das crianças internadas (lotação de seis camas).

Analisando a dotação dos serviços nos quais realizei estágio constato que esta não está aquém dos rácios propostos. Conhecendo as diversas realidades, considero que estes rácios são o limite máximo para uma assistência de excelência à criança/família.

Objectivos gerais:

--Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara. (5)
-Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas (15).

Objectivos específicos:

- Conhecer e utilizar as aplicações informáticas em uso nos diversos serviços e identificar as suas vantagens e inconvenientes.
- Conhecer e utilizar a linguagem CIPE®.
- Realizar registos de Enfermagem que evidenciem o processo de cuidados.
- Argumentar decisões relacionadas com o exercício profissional.

Reflexão das actividades desenvolvidas:

Considero de extrema importância que enquanto Enfermeiros demonstremos capacidade de fundamentar decisões relacionadas com a prática profissional. Para tal é imprescindível que sejamos detentores de um corpo de conhecimentos científicos capazes de argumentar decisões relacionadas com a criança/família. Para tomar uma decisão é necessária uma

[9] Califórnia Nurses Association. Disponível: http:// calnurse.org/files.calnurse.org/assets/finratrn7103,pdf [data da visita: 5 Janeiro 2010].

deliberação que deverá basear-se em princípios éticos, científicos, morais e deontológicos da profissão. A segurança e o interesse do cliente deverão ser encarados como principais critérios de decisão. Todos os aspectos importantes relacionados com a criança/família devem ser transmitidos à equipa de Enfermagem, perspectivando a continuidade de cuidados. Esta transmissão de informação pode-se realizar de forma escrita (registos no processo de Enfermagem) e oral (passagem de informação a pares).

Os registos de Enfermagem são bastante importantes, uma vez que facilitam a comunicação entre os vários elementos da equipa interdisciplinar de saúde, possibilitam a planificação e avaliação dos cuidados de Enfermagem, garantindo a continuidade dos mesmos. Além disso poderão funcionar, caso seja necessário, juridicamente, dadas as suas características legais. Desta forma, Reis (2002) afirma que “Os registos de enfermagem são um conjunto de informações relativas ao estado do utente, relatadas por escrito de forma sistemática, organizada e segundo ordem cronológica”[10]. A elaboração dos registos de Enfermagem foi distinta nos vários ambientes. Se na Pediatria e na UCIN estes eram realizados manualmente, já nos outros contextos a tecnologia estava mais desenvolvida. O facto de se realizarem registos de forma manual dificulta o trabalho dos profissionais, já que leva à perda de tempo e aumenta os custos da instituição (papel e tempo de cuidados gastos na elaboração de registos).

O facto de a UCP me exigir os registos em CIPE® e o facto de os serviços de Pediatria e UCIN não utilizarem esta linguagem revelou-se inconveniente para mim. Senti alguma dificuldade em transpor os cuidados prestados em ambiente hospitalar para CIPE® em trabalho de casa, já que o meu contacto com esta linguagem limitou-se aos módulos teóricos dos cursos de licenciatura e de mestrado e aos cuidados de saúde primários. No entanto, considero que a utilização de uma linguagem comum à prática de Enfermagem melhora a comunicação entre os profissionais permitindo comparar dados entre diversas populações.
Tal como já foi referido, nos cuidados de saúde primários fiz uso da linguagem CIPE® no SAPE. Considero que o SAPE é útil para garantir a continuidade de cuidados à criança/família já que nele se levantam focos da prática, diagnósticos de Enfermagem e estabelecem-se intervenções.

No SUP os registos eram realizados no programa ALERT®. Considero que este programa é um instrumento útil num serviço de urgência, pois permite, de forma rápida, acesso a toda a informação do doente. Além desta vantagem penso que este sistema informático auxilia na organização do trabalho, facilitando o trabalho dos profissionais; reduz os custos já que anula a necessidade de papel; aumenta a satisfação dos utentes pois evita a perda do processo prévio do utente.

---

[10] Reis, Maria B. Pereira e Torres, Madalena Ramos. 2002. Reflexão sobre a importância dos registos de Enfermagem. Sinais Vitais 41: p. 57-59

Já no que concerne à passagem de turno, esta também difere nas diversas realidades. Na urgência transmitimos aos colegas o motivo da vinda da criança/família ao SU, procedimentos efectuados e cuidados principais a ter para com este binómio de forma a perspectivar a continuidade dos cuidados. Já na UCIN e Pediatria, a passagem de turno é exaustiva, informando os colegas de todos os pormenores relativos à criança/família, pois tudo é importante para a continuidade dos cuidados.

Concordo com os formatos de passagem de turno adoptados pelos serviços nos quais realizei estágio. Em todos os contextos, à semelhança da restante equipa de Enfermagem, demonstrei preocupação na correcta elaboração de registos de Enfermagem e na transmissão oral de informação relativa aos cuidados prestados.

Objectivo específico:

- Demonstrar conhecimentos sobre a prestação de informações à criança/família.

Reflexão das actividades desenvolvidas:

Considero bastante importante que o Enfermeiro forneça informações à família sobre os cuidados de Enfermagem, sendo que esta foi uma preocupação que tive em todos os locais de estágio. Em contexto de urgência, cuidados de saúde primários e internamento de pediatria esta realidade não foi tão assídua, uma vez que o cuidador informal da criança se encontrava (maioritariamente) no ambiente de cuidados 24 horas/dia e as informações a outros familiares ficavam habitualmente a cargo do acompanhante da criança. No entanto, antes de prestar cuidados à criança, prestava esclarecimento ao acompanhante (e à criança) sobre o seu propósito. Já no que diz respeito à UCIN o fornecimento de informações foi mais frequente uma vez que no período nocturno não eram permitidas visitas ou acompanhantes. Assim, no primeiro contacto diário com o cuidador informal prestava informações sobre os cuidados e os avanços do processo de Enfermagem. As informações relativas ao processo de Enfermagem que os familiares mais procuravam prendiam-se com o ganho ponderal, administração de vacinas e teste de diagnóstico precoce, aumento da quantidade de leite e sua tolerância. Deodato (2008)[11] refere que a transmissão de informação é de extrema importância no processo de cuidar. O artigo 84 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) (2009) salienta que o Enfermeiro assume o dever de "a) informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; d) informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter"[12]. Neste sentido, Brissos (2008)[13] salienta que, se por um lado a informação surge como direito dos doentes (Carta dos direitos e deveres dos doentes),

[11] Deodato, Sérgio. 2008. Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Almedina, Coimbra, 194 pps.

[12] Ordem dos Enfermeiros. 2009. Estatuto, 83 pps.

[13] Brissos, Maria Elisa e Varela, Maria Manuel. 2008. Do dever de informação do Enfermeiro ao direito de doente a ser informado. Sinais Vitais 79: p. 15-19

por outro surge como um dever do Enfermeiro (cf, art. 84.º, Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). No entanto, considero que muitas vezes os pais/familiares da criança cuidada procuram o Enfermeiro não para saber informações relativas aos cuidados de Enfermagem, mas sim informações clínicas respeitantes aos actos médicos. No decorrer do estágio tive estes aspectos em consideração, pelo que transmiti informações relativas aos cuidados de Enfermagem e efectuei o encaminhamento de situações passíveis de informação médica para esta classe profissional.

Objectivo geral:

-Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP (19).

Objectivo específico:

- Dinamizar educação para a saúde formal e informal a crianças/família e outros cuidadores.

Reflexão das actividades desenvolvidas:

Durante o estágio diagnostiquei alguns défices de conhecimentos da criança/família sobre temáticas relacionadas com a saúde. Assim, ao interpretar estes défices decidi explaná-los com acções de educação para a saúde, de forma formal e informal. As acções de educação para a saúde informais foram realizadas em todos os contextos sempre que era diagnosticada essa necessidade. As educações para a saúde formais ocorreram nos módulos de estágio com maior carga horaria (250 horas, das quais 180 horas de contacto e 70 de trabalho individual), já que o diagnóstico correcto das necessidades formativas demora algum tempo.

No que diz respeito às acções de educação para a saúde formais, em contexto de Pediatria a “Obesidade Infantil” foi uma temática abordada **(Anexo III)**, pois constatei, durante o estágio, que as crianças cometem demasiados erros alimentares, existindo um número crescente de crianças obesas ou pré-obesas. Assim, realizei um folheto em que debati os factores de risco, complicações, prevenção/tratamento da obesidade e sugeri dicas alimentares. Em contexto de Cuidados de Saúde Primários realizei seis acções de educação para a saúde formais à criança/família, duas delas em contexto de saúde escolar. Assim, executei os folhetos:
“O seu bebé tem cólicas: saiba como o aliviar!” **(Anexo IV)**, pois considero que as cólicas são uma sintomatologia do bebé que preocupa a generalidade dos pais;

- “Aleitamento Artificial” **(Anexo V)**, já que pude constatar algumas incorrecções cometidas pelos pais na preparação dos biberões;
- “Aleitamento Materno” **(Anexo VI)** em que debati vantagens da amamentação, cuidados a ter durante a amamentação e como armazenar, descongelar e aquecer o

leite materno, pois verifiquei a existência de muitas dúvidas sobre a congelação, descongelação e aquecimento de leite materno;

- "Nova Lei da Parentalidade" **(Anexo VII)** numa tentativa de divulgar a nova lei, já que considero que os direitos relacionados com a parentalidade são ainda pouco conhecidos pelos pais.

Em relação às acções de educação para a saúde em contexto escolar, realizei um sob a forma de teatro de fantoches para crianças de 3, 4 e 5 anos do Jardim-de-infância São Bento subordinado ao tema "higiene oral e alimentação saudável" **(Anexo VIII)** a pedido do mesmo e ainda a acção intitulada "Acidentes frequentes com crianças em idade pré-escolar: prevenção e primeiros socorros" **(Anexo IX)** na mesma instituição para pais, auxiliares de educação e educadores de infância, igualmente por sua sugestão.

Considero que um correcto diagnóstico de lacunas formativas das crianças/pais/cuidadores é essencial para o sucesso da nossa intervenção como agentes de educação para a saúde e para a resolução de problemas. Confesso que a realização destes diagnósticos levou algum tempo, uma vez que apenas quando integrados no ambiente de cuidados nos é possível aperceber dos défices de conhecimento daquela população. Assim, apesar da mudança de comportamentos ser demorada e difícil, considero que contribuí para o aumento dos conhecimentos de crianças/famílias/cuidadores sobre temáticas pertinentes na área da saúde.

Já no que diz respeito a acções de educação para a saúde informais, as mesmas foram uma constante na minha prestação de cuidados à criança/família. Aproveitei sempre lacunas de formação pontuais da criança/família para realizar acções de educação para a saúde e assim, aumentar-lhes conhecimentos. As temáticas mais abordadas foram a amamentação, a parentalidade, os cuidados ao coto umbilical, a higiene corporal e oral, adolescência e comportamentos de risco, entre outros. Muitos pais questionavam ainda sobre as vantagens da realização de massagem infantil e sobre a influência desta no alívio de cólicas abdominais. Assim, este era um tema sensível a educações para a saúde informais e, a este respeito, participei na dinamização de uma sessão de massagem infantil.

De seguida abordarei os dois temas que considerei mais prementes ao longo do estágio pela sua importância: a amamentação e a parentalidade.

No que diz respeito à amamentação, considero que os profissionais de saúde, em particular os Enfermeiros têm um papel fundamental na sua promoção. Por um lado, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, são estes profissionais quem dá mais apoio à grávida que se encontra sequiosa por informações e conselhos. Já no puerpério, os Enfermeiros são quem está ao lado da puérpera numa fase em que a dicotomia de sentimentos pode destronar os conhecimentos e as pretensões desta. Assim, nesta fase torna-se fundamental um apoio incondicional para que a prática da amamentação seja incutida nos pais/família. Isto porque assiste-se muitas vezes ao abandono da prática da amamentação porque, por um lado, a puérpera se encontra numa fase de ambivalência e, por outro, é comum os familiares referirem

que o “leite não presta” e que a criança fica com “fome”, à expressão do primeiro choro mais intenso do RN. Daí que o apoio dos Enfermeiros de Cuidados Saúde Primários nos primeiros dias da vida da criança seja fundamental. Desta forma é necessária a formação de conselheiros da amamentação para que o apoio prestado à grávida/puérpera e família seja suficiente e incentivador na prática e manutenção da amamentação. Por esta razão, penso que é tão importante o “Cantinho da Amamentação” nos Centros de Saúde e a visita domiciliária ao RN nos primeiros dias de vida, actividades que não se encontravam em prática no Centro de Saúde de São Martinho do Bispo. Em relação ao “Cantinho da Amamentação” tinha-me proposto a dinamizar uma sessão, o que não foi possível de forma formal. Como já referi, o “Cantinho da Amamentação” não estava instituído no Centro de Saúde e, apesar de existir um projecto realizado para a sua implementação, este foi recusado pela Direcção. Senti descontentamento por não ter esta experiência, no entanto percebi a dinâmica de um “Cantinho da Amamentação” (realizei pesquisas) e sempre que era possível, observava mães a amamentar (em local apropriado) para conseguir identificar dificuldades e intervir para as transpor. Constatei que muitas mães viam a amamentação simplesmente como a alimentação do seu bebé, não lhe atribuindo a componente relacional e vinculativa, e outras, por outro lado, desprezavam o seu bem-estar em prol integral do seu bebé. Ao fazer esta afirmação refiro-me às posições pouco anatómicas que as mulheres assumem durante a amamentação. Desta forma, nós, Enfermeiros, temos um papel muito importante na correcção destas lacunas das mães, sendo igualmente de extrema importância os reforços positivos nesta que é uma fase de enorme ambivalência de sentimentos da mulher.

Na UCIN a promoção da amamentação não era realizada tanto no sentido da vinculação mãe/filho mas mais na alimentação do bebé. Quando os bebés podiam mamar na mama, aconselhávamos a mãe a amamentar o RN, mas nos casos em que o RN tinha que ser alimentado por SNG ou por tetina, incentivávamos a mãe a retirar o leite em sala apropriada para que, por um lado, o bebé beneficiasse das vantagens do leite materno e, por outro, se estimulasse a lactação.

Outra preocupação pessoal que tive ao longo do estágio prendeu-se com a promoção da parentalidade. Talvez este aspecto tenha sido mais notório na UCIN pelo facto de, neste ambiente, estarmos perante RN muitas vezes prematuros retirados do seu ambiente de vinculação desde o nascimento (na maioria das vezes), altura em que esta é mais importante. Se sou da opinião que a vinculação se inicia logo no desejo de ser mãe e pai, também penso que este é um processo cumulativo que se fortalece por eventos significativos durante a gravidez e amadurece por meio do contacto pais-filho durante o período neonatal e primeira infância. Assim, a equipa de Enfermagem pode contribuir para o desenvolvimento desta vinculação fornecendo orientações aos pais sobre como estimular o desenvolvimento de RN durante os períodos de vigília e incentivando o método Canguru. Este foi sempre um cuidado da equipa de Enfermagem da UCIN e minha em particular. Muitos pais sentem-se inseguros em tocar os seus filhos na incubadora. Se por um lado sentem receio em tocar-lhes, por outro não sabem se devem. Assim, devemos incentivá-los a tocar os seus bebés para que o

processo vinculativo prossiga. É aliciante verificar o conforto de um RN no colo dos seus pais e a alegria dos pais em permitirmos que sejam parte integrante na prestação de cuidados. Ainda para promover a parentalidade, procurei, sempre que possível, incentivar a participação da família nos cuidados, perspectivando a autonomia dos pais nos cuidados ao RN. Desta forma, penso que este internamento serve até mesmo de moratória a que os pais aprendam a sê-lo, tenham tempo de preparação para o novo papel uma vez que o parto prematuro não o permitiu em tempo oportuno. Assim, devemos, num primeiro instante, prestar cuidados para que os pais possam observar. Numa segunda fase devemos realizar acções de educação para a saúde informais no sentido de eles próprios cuidarem do RN, para que, num passo seguinte, estejamos apenas ao seu lado para que estes se sintam seguros na prestação autónoma de cuidados ao seu filho. O que acabei de afirmar faz parte da filosofia de cuidados da UCIN e foi adoptado na minha prestação de cuidados, por considerar esta prática benéfica e salutar. Assim, considero que promovi a parentalidade.

Objectivo específico:

- Demonstrar iniciativa e criatividade na prestação de cuidados à criança/família.

Reflexão das actividades desenvolvidas:

A criatividade é uma característica imprescindível para quem trabalha na área da Pediatria, assim como a iniciativa para a aprendizagem e melhoria dos cuidados. Considero que o improviso e a criatividade são mesmo características dos Enfermeiros. Ora fazemos de uma luva um balão, ora de um penso fazemos uma obra de arte… Tudo no intuito de agradar às crianças, de suavizar a sua situação clínica e de as estimular a colaborar no processo de cuidados. Frequentemente, em contexto de urgência, as crianças reagiam negativamente à presença de um catéter venoso periférico. Considerando a sua importância e para evitar a sua remoção, era meu hábito efectuar desenhos no penso do catéter, com o objectivo de interagir com as crianças, acalmando-as e assim desvalorizar a punção em detrimento da pintura realizada.

A utilização do brinquedo de dramatização é igualmente uma expressão de criatividade. Ao brincar com a criança consegue-se dramatizar os principais aspectos de um determinado procedimento para que esta colabore nele. Assim, por exemplo, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, para que as crianças colaborassem na avaliação de tensão arterial, era frequente colocar o estetoscópio nos ouvidos das crianças para que estes ouvissem o meu coração de forma a colaborarem no procedimento (como já referi na página 27 deste trabalho).

Objectivos gerais:

- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada (7).
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP (9).
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP (10).
-Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada (12).
-Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da EESIP (13).

Objectivos específicos:

- Demonstrar crítica em relação à abordagem a situações complexas da prática profissional em contexto de estágio.

Reflexão das actividades desenvolvidas:

Muitas são as situações complexas com as quais temos contacto na prestação de cuidados de Enfermagem à criança/família. Assim, considero premente que o Enfermeiro cujo exercício da profissão se desenvolve na área da Saúde Infantil e Pediatria esteja capacitado para lidar com situações complexas, previstas e imprevistas, mas que exigem uma maturidade e estabilidade emocional apropriadas e uma relação empática e de ajuda para com a criança/família. Quem é que fica indiferente à morte de uma criança, à dor, ao sofrimento, à negligência? Como Enfermeiros lidamos diariamente com um leque de emoções, frustrações, sentimentos… É-nos exigida uma estabilidade psico-emocional, de forma a não nos deixarmos levar pela dor alheia… Mas às vezes é tão difícil!

Em contexto de serviço de Pediatria, no primeiro turno da noite que realizei, tive contacto com uma situação que me marcará para sempre, a de uma criança (a qual designarei por “X”) do sexo masculino, sete anos, filho de pais separados. X estava com o pai. Iniciou um quadro de odinofagia, otalgia e febre e foi levado por este ao SUP do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Unidade de São Sebastião. Foi observado, medicado e teve alta para o domicílio pelas 10h. Pelas 17h30m, X foi encontrado pelos vizinhos, desidratado, a dormir no tapete de casa da mãe! Ficou, então, internado no serviço de Pediatria. Eram cerca de 23h quando deu entrada na companhia de uma GNR que durante horas foi a sua companhia. X era naquela altura uma criança inconsolável… Teria fome? Como me deveria dirigir a ele? Questionei-o se queria comer… Respondeu que não. Perguntei se queria iogurte, pão, leite, bolachas… percorri todos os alimentos existentes naquele serviço na tentativa de que gostasse de algum e se alimentasse. A negação fazia parte das suas respostas e a frustração ia aumentando em

mim. Então fiz a pergunta que mais me marcou, tentando que me respondesse com algo passível de ser satisfeito: “Então diz-me, X, o que gostas de comer de manhã?” e a resposta foi avassaladora “Eu não como nada de manhã”!

Outra situação complexa em contexto de Pediatria, por motivos diferentes, foi o caso de um RN do sexo feminino, filha de mãe portuguesa e pai brasileiro (ilegal em Portugal). Casaram no Brasil e rumaram para Portugal onde a bebé nasceu. A mãe estava desempregada e o pai trabalhava num café onde tinha um vencimento inferior ao ordenado mínimo. A primeira orientação social era de que a bebé seria retirada aos pais e enviada para uma instituição. Os pais não se conformavam com esta decisão. No dia previsto de a instituição receber a recém-nascida é-lhe diagnosticada uma maceração do coto umbilical. Esta situação levou a que o internamento fosse prolongado, permitindo que os pais revertessem a situação, sendo que a bebé e a mãe foram admitidas num Lar onde era possibilitada a visita do pai. Esta situação envolveu toda a equipa pois os pais transmitiram grande sofrimento com a inicial notícia da perda da filha e sempre demonstraram grande preocupação e afecto para com esta.

A morte é uma situação complexa. Em contexto de estágio nunca lidei com esta problemática. No entanto, recentemente, tive o primeiro contacto com a morte de uma criança no serviço onde exerço funções. Por ter sido uma situação de excepção, por ter contribuído para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e enquanto profissional e por me ter marcado pela panóplia de situações tristes que envolvem o desfecho, opto por, resumidamente, descrever e reflectir sobre o episódio.
25 de Dezembro de 2009. Estava escalada na Sala de Emergência, turno da manhã (8-16 horas). Quando o colega me passou o turno transmitiu-me que estaria a chegar, vindo do SUP do HIPA, uma criança de treze anos que, segundo informação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), vinha entubada e em ventilação mecânica por uma hemorragia intracraneana. Uma questão nos surgiu… Seria resultado de uma queda? Um acidente de viação? Antes da criança chegar, preparei uma unidade daquela sala para receber “S” que deu entrada pelas 8h44m. Tinha recorrido ao SUP do HIPA por vómitos, dor abdominal e cefaleias na noite de Natal e o seu estado de consciência rapidamente se deteriorou. As análises eram compatíveis com Leucemia Aguda… A hemorragia intracerebral era devida a uma trombocitopenia grave. O prognóstico assumido pelo Hematologista, Neurocirurgião e pela equipa de Medicina Intensiva era desfavorável. Foi solicitada Leucaferese que S. fez durante cerca de quatro horas, sem sucesso. Durante a tarde entrou em instabilidade hemodinâmica e pelas 22h25m, apesar de todos os esforços da equipa de saúde, foram realizados testes de morte cerebral e confirmado o óbito. Certo que é, para qualquer pessoa, difícil contactar com uma situação de morte iminente de uma criança. Não sou diferente, assumo que foi difícil. Mais difícil ainda pela situação familiar. Nas quase oito horas em que prestei cuidados de Enfermagem a “S” muitas foram as vezes em que me dirigi à sala de informações no intuito de encontrar ali familiares para que fosse possível informá-los da situação da criança, prestar-lhes

apoio emocional, preparando-os para um cruel prognóstico. No entanto todas estas tentativas revelaram-se infrutíferas, pois nenhum familiar recorreu ao SU para saber informações de “S”, nem mesmo telefonicamente. Dessa forma, e tendo em conta a necessidade de prestar informações sobre a situação clínica da criança, entrámos em contacto telefónico com a família, solicitando-lhes que se dirigissem ao hospital. Tão ou mais revoltante do que assumir que nada mais havia a fazer por aquela criança que não oferecer-lhe uma morte digna, é pensar que esta criança, provavelmente, nunca viveu no seio de uma família estruturada!

Considero que, o próprio ambiente de urgência/emergência, é um ambiente fértil em situações imprevistas e complexas. Se por um lado, lidamos com a doença aguda ou com a doença crónica agudizada, por outro, lidamos com o stresse da criança/família. Uma das situações que me marcou mais em contexto de SUP foi a da “G”, uma criança de vinte e quatro meses que tinha recorrido ao serviço por febre e astenia. A criança tinha feito uma toma de antipirético imediatamente antes da admissão ao SUP, pelo que esteve apirética durante a sua permanência neste serviço. Após observação médica, teve alta para domicílio e no caminho para casa fez uma convulsão febril (que não seria a primeira). Os pais chamaram os bombeiros para transportar novamente a criança para o SUP. Ao dar entrada, o pai da criança, visivelmente ansioso pela situação, manifestou-se, proferindo insultos aos profissionais, por um lado compreensíveis devido à situação de stresse e, por outro, difíceis de escutar. Desta forma, os outros pais, também eles preocupados com a doença das suas crianças, começam a ficar ansiosos, o que é suficiente para destabilizar o ambiente de cuidados.
Assim, é importante que os Enfermeiros que trabalham na área da urgência e emergência tenham um perfil particular em que predomine a calma e o bom senso. É necessário ter a capacidade de compreender que aquelas pessoas vivem uma situação angustiante, de crise, e que, quem lhes está mais acessível para desabafar somos nós, Enfermeiros.

Já no que diz respeito à UCIN, a admissão de um RN constitui também uma situação complexa pelo confronto dos pais com a notícia. Assim, cuidar desta família exige de nós sensibilidade para ouvir, apoiar e confortar. Se por um lado, uns pais são confrontados com o nascimento prematuro do seu bebé, outros são-o com a situação de doença do seu RN previamente saudável. O próprio ambiente de cuidados da UCIN é muitas vezes intimidador para os pais, devido à panóplia de tecnologia existente e à premência de técnicas e procedimentos invasivos. Para Batalha (1999), “o RN aceite na UCIN é instável, ou potencialmente instável (…)”[14], o que acarreta stresse para os pais e o que é sempre um período de crise para aquela família. Durante a gravidez os pais vinculam-se ao seu filho, sonhando com um RN saudável. A possibilidade de separação dos pais ao RN raramente é uma hipótese. Assim, exige-se ao Enfermeiro capacidade para prestar cuidados de Enfermagem de excelência ao RN e também de envolver os pais na esfera de cuidados, manifestando compreensão e demonstrando sinais de que estes não estão esquecidos. Assim, é importante existir uma parceria de cuidados para

[14] Batalha, Luís et al. 1999. Relação de parceria nos cuidados neonatais. Sinais Vitais 22: p. 21-23

que os pais adquiram competências para cuidar do RN, permitindo o desenvolvimento da vinculação. Considero importante que incentivemos os pais a prestar cuidados ao RN, de forma gradual. Desta forma, à semelhança do que já era prática na UCIN, inicialmente encorajava os pais a permanecerem junto do bebé e paulatinamente a interagirem com ele para, por fim, lhe prestarem cuidados autonomamente. Assim, os pais não eram vistos como “visitas” mas sim como parte da equipa de saúde, o que acarreta inúmeras vantagens para a díade pais/RN (vinculativas, emotivas), mas também para os Enfermeiros pois permite a aquisição de competências de comunicação, ensino e de trabalho em equipa. Considero que a excelência do cuidado é uma preocupação da UCIN na qual realizei estágio, tal como o envolvimento dos pais nos cuidados. Muitas vezes aquele internamento revela-se como moratória para que os pais adquiram competências para cuidar do RN. Desta forma, é premente que os profissionais da UCIN estejam despertos para a parceria de cuidados, tendo em conta as vantagens para a relação pais/filhos e para a satisfação profissional dos Enfermeiros.

Considero que o alívio e prevenção da dor são uma preocupação manifesta em todos os contextos de estágio, no entanto, em nenhum eram utilizadas, por norma, escalas da dor. Nestes contextos demonstrei sempre preocupação em realizar procedimentos com a maior perícia de forma a provocar o menor sofrimento. Ainda assim, recorri a estratégias não farmacológicas de alívio da dor, tais como a distracção, relaxamento, a presença dos pais, a sacarose, a massagem, a sucção não nutritiva.
No que diz respeito a anestésicos locais, por exemplo ao EMLA®, estes não são utilizados comummente em qualquer dos contextos. Tal como refere a literatura, se por um lado, provocam vasoconstrição, dificultando a punção que já por si não é fácil, por outro lado, o facto de exigir um tempo de espera prolongado não abona a seu favor. No entanto em contexto de Cuidados de Saúde Primários, muitas vezes aconselhava os pais a aplicarem este creme duas horas antes das vacinas não vivas, já que em relação ao seu uso na administração de vacinas vivas não existe ainda consenso. Numa situação, utilizei cloreto de etilo para diminuir o desconforto da administração de uma vacina. Este aplica-se em spray e ao refrescar a pele proporciona uma anestesia superficial. Segundo Wong (2006) este procedimento não tem qualquer contra-indicação.
Considero ainda que era benéfica a existência de protocolos para o alívio da dor, o que era inexistente em todos os contextos, bem como a utilização regrada de escalas da dor.

Assim, por tudo o que foi exposto nos parágrafos anteriores considero que sou capaz de demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas e de adequar métodos de análise a estas mesmas situações, tendo assim adquirido esta competência. No entanto, penso que esta é uma competência a amadurecer ao longo da vida. Considero ainda impossível que estas situações sejam encaradas com indiferença, já que como pessoas sensíveis e preocupadas com os valores humanos, ficaremos sempre melindrados com estas

"injustiças" da Vida. A este propósito, Galego (2002)[15], refere que "em cada angústia partilhada saímos fortalecidos porque tivemos a humildade e a nobreza de nos darmos aos outros, apesar dos nossos medos e das nossa próprias angústias". A autora fala ainda da nobreza da nossa profissão afirmando que "muitas vezes sentimos ser semente de coragem quando a luta com a doença é desigual e sem regras. Quantas vezes engolimos a angústia para devolver um olhar sereno ou um gesto de bom senso. Tantas vezes à socapa limpamos uma lágrima indiscreta que nos traiu"!

Objectivo geral:

-Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica (11).

Objectivo específico:

- Demonstrar capacidades reflexivas em relação ao exercício profissional.

Reflexão das actividades desenvolvidas:

Para que seja possível atingir a excelência no exercício profissional, é fundamental a reflexão sobre o realizado, na procura de melhorar comportamentos. Assim, considero ser autocrítica, considerando fundamental uma reflexão diária das actividades desenvolvidas, das dificuldades sentidas e dos comportamentos e atitudes. Penso que só assim se consegue crescer enquanto profissionais. Mais do que saber escutar, interiorizar e aceitar as críticas alheias, é importante ouvirmos e interiorizarmos a nossa consciência para superarmos dificuldades. Assumo que faz parte da minha prática diária reflectir sobre o meu exercício profissional, para assim, constatar as minhas lacunas e esforçar-me para mudar comportamentos e atitudes. Considero que o distanciamento crítico que a reflexão permite, leva a uma melhor compreensão dos fenómenos. Alarcão (1996) afirma que "uma prática reflexiva leva à (re) construção de saberes, atenua a separação entre teoria e prática e assenta na construção de uma circularidade em que a teoria ilumina a prática e a prática questiona a teoria"[16].

Deodato (2008) salienta a importância da reflexão na busca da excelência "a reflexão sobre o agir profissional, surge como critério inserido no dever de excelência"[17]. O mesmo autor revela ainda que a reflexão é importante no sentido de uma autoavaliação, abordando-a em dois domínios que considera complementares. Por um lado, uma perspectiva construtivista que conduz à aprendizagem fomentando-se a autoresponsabilização e, por outro, na medida em que ao reflectir contribui-se para a melhoria do desempenho. Bernardo (2008) parafraseando

[15] Galego, Lurdes e Silva, Paula C. 2002. Dimensão relacional. Tecnologia Médica 3: p. II-V
[16] Alarcão, I. 1996. Formação reflexiva de professores. Porto Editora, Porto
[17] Deodato, Sérgio. 2008. Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Almedina, Coimbra, 194 pps.

Perrenoud (1993), afirma que “a prática é pedra de todas as competências, mas para isso é necessário questioná-las. Analisar as práticas é dissecá-las, desmontá-las, reflectir criticamente sobre o que se faz, pôr-se em causa, confrontar ideias, discernir fundamentos, verificar resultados conseguidos e agir em conformidade”[18].

Desta forma, a reflexão diária sobre as minhas aprendizagens, comportamentos e atitudes bem como a realização deste relatório contribuíram para que conseguisse aprender com as falhas e melhorar o desempenho profissional, pelo que considero ter atingido o objectivo proposto.

1.2. Gestão

Neste subcapítulo abordarei aspectos directamente relacionados com a área da gestão de recursos e supervisão de cuidados.

Objectivos gerais:

- Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área da EESIP (18).
- Exercer supervisão do exercício profissional na área da EESIP (23).
- Zelar pelos cuidados prestados na área da EESIP (24).
- Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP (26).
- Colaborar na integração de novos profissionais (29).

Objectivos específicos:

- Participar na gestão e supervisão de cuidados na área da EESIP.

Reflexão das actividades desenvolvidas:

Durante o estágio foi-me possível participar na gestão dos cuidados juntamente com o enfermeiro tutor, que frequentemente assumia o papel de responsável da equipa interdisciplinar. Uma das actividades do Enfermeiro responsável pelo serviço é a coordenação, o que acarreta funções de gestão de material, contabilização dos estupefacientes, gestão de conflitos, de erros e de quaisquer incidentes. Assim, é solicitado ao Enfermeiro que realize a gestão tanto de recursos materiais como humanos. Por exemplo, o Enfermeiro responsável pelo serviço num determinado turno ao deparar-se com a falta de determinado recurso material deve providenciar que esta lacuna seja suprida para que a qualidade dos cuidados não seja afectada. Em relação à UCIN, o enfermeiro responsável pelo serviço durante o turno da

[18] Bernardo, Andreia S.S et al. 2008. Análise das Práticas, uma estratégia de construção de saberes da prática dos cuidados de Enfermagem. Sinais Vitais 80: p. 13-18

manhã, em dias úteis, fazia parte de uma reunião multidisciplinar. Tanto na UCIN como na Pediatria cabia ao Enfermeiro responsável a dotação de crianças por Enfermeiro.

Considero que sempre prestei cuidados humanizados à criança/família, vendo esta díade como uma totalidade única, inserida numa comunidade, manifestando uma conduta isenta de crítica ou alusão depreciativa ao alvo dos meus cuidados. Fui capaz, aquando da prestação de cuidados, de ajudar a criança/família a ser proactiva no seu projecto de cuidados, mostrando preocupação de os integrar no processo de cuidados a família nos cuidados, favorecendo assim a autonomia desta díade. Considero que contribuí sempre para a dignificação da profissão que escolhi e que abraço com orgulho e em particular para a visibilidade da EESIP. Assim, o EOE no artigo 90.º refere que o Enfermeiro deve "manter no desempenho das suas actividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão". É bastante importante que, enquanto Enfermeiros, contribuamos para tornarmos visível a nossa soberba importância e aquilo que fazemos. No que diz respeito ao objectivo 24, o EOE (2009) no seu artigo 78.º revela que cabe ao Enfermeiro "a excelência do exercício da profissão (…)"[19]. Para que tal seja possível é necessário zelar por cuidados humanizados. Deodato (2008) afirma a este respeito que " a humanização faz-se, assim, sobretudo através de mim, da minha presença, do que digo, do que mostro e da autenticidade e coerência com que digo, já que eu sou enfermeiro, sou o outro lado da relação humana"[20].
Assim, e tendo em conta que bons cuidados significam coisas diferentes para pessoas diferentes, considero que também adquiri esta competência, procurando a satisfação contínua do cliente.

Assim, no que diz respeito a estes objectivos, considero que os atingi colaborando com os meus tutores na coordenação dos serviços. Liderando as equipas de Enfermagem em alguns turnos foi-me possível aperceber das funções do Enfermeiro responsável. Considero que é necessário que o Enfermeiro que lidera uma equipa seja uma pessoa com capacidade de liderança e que a equipa respeite. A supervisão clínica deverá ser cada vez mais uma realidade pois contribui para a satisfação dos profissionais e indirectamente dos doentes, já que minimiza o erro.

<u>Objectivo específico:</u>

- Participar na integração de novos Enfermeiros na unidade de saúde.

<u>Reflexão das actividades desenvolvidas:</u>

No que diz respeito a este objectivo, foi passível de ser atingido em dois contextos, o de Urgência e o da UCIN. Em ambos, o início do meu estágio coincidiu com a entrada de uma

[19] Ordem dos Enfermeiros. 2009. Estatuto, 83 pps.
[20] Deodato, Sérgio. 2008. Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Almedina, Coimbra, 194 pps.

colega. Se no SUP a minha colaboração foi quase nula, visto os meus turnos não terem coincidido com os da colega, já na UCIN a colega fazia o horário da minha tutora, pelo que participei na sua integração em conjunto com a minha tutora. Este aspecto revelou-se importante pois participei na gestão de recursos humanos, contribuindo para a formação de novos profissionais na equipa.

Considero que a integração dos Enfermeiros num serviço é essencial para que este novo elemento seja, no futuro, um bom prestador de cuidados na área. Este facto é bem mais importante num serviço como a UCIN ou como um SUP devido às suas especificidades. A integração da colega na UCIN foi gradual, dando-lhe espaço para reflectir e diagnosticar dificuldades, favorecendo uma óptima integração na unidade. Foi útil participar nesta integração pois considero que a minha Enfermeira tutora e integradora da colega possui características favorecedoras deste processo de aprendizagem, o que se revelou positivo tanto para a colega integrada como para mim, pois percebi e acompanhei o processo de integração.

1.3. Formação

A Enfermagem, como profissão científica, encontra-se em constante evolução. Assim, é fundamental que os Enfermeiros estudem, actualizem constantemente conhecimentos. Velez (2009) refere que “o exercício da enfermagem exige a aplicação de conhecimentos e habilidades específicas, mas também requer uma reflexão sobre a essência dos cuidados, e sobre os avanços científicos e tecnológicos”[21]. Desta forma, neste subcapítulo, demonstrarei de que forma mantive activo o meu processo de aprendizagem e de autoformação.

Objectivos gerais:

-Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada (1).
-Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional (4).

Objectivo específico:

- Demonstrar preocupação na autoformação e actualização de conhecimentos.

[21] Velez, Luísa Serra. 2009. Formação em Serviço: uma necessidade ou uma calendarização. Sinais Vitais 87: 44-46

Reflexão das actividades desenvolvidas:

O próprio curso de mestrado que frequento e que se apresenta agora na recta final é prova fidedigna de uma preocupação extrema em aumentar conhecimentos na área que mais me apaixona, a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Para além deste primeiro passo, ao longo de todo o percurso, procurei autoformar-me, realizando pesquisa bibliográfica em fontes fidedignas e científicas, tal como já referi. Considero que foi sempre minha preocupação saber mais para melhor cuidar e para que a minha aprendizagem fosse rentabilizada. Tenho um "handicap" que é o de não trabalhar na área da especialidade. Por essa razão, tenho noção que necessito de estudar mais no sentido de adquirir competências para prestar cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria num futuro próximo. Além do estudo propriamente dito, para aumentar conhecimentos, pude ainda contar com o apoio dos Enfermeiros que me tutoraram e ainda com o da Mestre Constança Festas que através das Orientações Tutoriais se disponibilizou a ser uma fonte de conhecimento e de orientação no meu percurso. Posso adiantar que os contextos nos quais senti maior necessidade de estudar foram os de Cuidados de Saúde Primários e UCIN. Se o primeiro proporcionava um contacto com as diversas idades pediátricas, o que me exigia um domínio de várias temáticas para a prestação de cuidados de excelência, já o segundo, pela novidade que trazia para a minha prática, visto ser o primeiro contacto com neonatologia, exigia também bastante estudo. Ainda se por um lado, os estágios de 250 horas (180 horas de contacto e 70 horas de trabalho individual) (Módulos I e II) me permitiram uns dias de observação e integração, já os de 125 horas (90 horas de contacto e 35 horas de trabalho individual)) (Módulo III), pela sua limitada carga horária, exigiu de mim um esforço desmedido para que conseguisse atingir objectivos com satisfação e recompensa.

Por fim, para atingir estes objectivos, assisti a algumas formações:

- No SUP do HIPA assisti a uma formação sobre a "Dor" cujos formadores eram Enfermeiros do serviço, contribuindo assim para a formação em serviço. Nela focou-se a fisiologia da dor, agentes causadores, escalas e sugestões para a evitar. Considero que foi uma formação bastante interessante que apelou à reflexão dos profissionais no sentido de uma melhor prática e permitiu que a Enfermeira Chefe sugerisse à equipa a implementação de escalas de dor no serviço.
- No Centro de Saúde de São Martinho, Coimbra:
    - Assisti a uma formação para profissionais do Centro de Saúde subordinada ao tema "Sensibilização de Profissionais para o Aleitamento Materno" que decorreu no dia 9 de Outubro de 2009, no âmbito da Semana Mundial do Aleitamento Materno, com o prelector Enfermeiro António Ferreira, especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Focaram-se fundamentalmente os benefícios do aleitamento materno tanto para a mãe e para o bebé como para a própria sociedade e os critérios para ser Hospital Amigo do Bebé. Esta é uma temática em voga actualmente, no entanto

considero que nunca será de mais debater este assunto, na ânsia de que a amamentação seja cada vez mais prioritária no aconselhamento dos profissionais de saúde às grávidas e puérperas.

- Já nos dias 22 e 23 de Outubro de 2009, frequentei no Centro de Saúde Norton de Matos, Coimbra, uma formação para formadores em Alimentação, Nutrição, Actividade Física e Obesidade, cujos prelectores eram nutricionistas e uma psicóloga da Plataforma Contra a Obesidade. Nesta formação debateu-se a obesidade infantil e do adulto, planos/metas para diminuir as taxas de obesidade, aconselhamento alimentar e de exercício físico e os prelectores treinaram os profissionais presentes para a atitude terapêutica perante o utente obeso. Esta é uma temática que me interessa particularmente. Estou verdadeiramente assustada com as proporções da obesidade infantil. Cada vez mais vemos crianças obesas, fruto de insuficiente actividade física e de parcos cuidados alimentares. É urgente uma actuação no sentido de travar esta pandemia.

Pelo exposto considero que atingi satisfatoriamente os objectivos 1 e 4, já que procurei em todos os contextos aumentar/actualizar conhecimentos na área da EESIP para um aperfeiçoamento do exercício profissional. A Enfermagem como disciplina científica, encontra-se sujeita a actualizações constantes e significativas mudanças pelo que é exigido ao Enfermeiro uma preocupação com a autoformação e um esforço de adaptação permanente. Assim, foi minha preocupação aumentar conhecimentos e, desse modo, adquirir competências para a excelência da assistência à criança/família.

Objectivos gerais:

-Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral (2).
-Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica (3).
-Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros (25).
-Identificar as necessidades formativas na área de EESIP (27).
-Promover a formação em serviço na área da EESIP (28).

Objectivo específico:

- Promover a formação na área da EESIP.

Reflexão das actividades desenvolvidas:
A formação em serviço tem como principal objectivo a melhoria dos cuidados. Velez (2009)[22] refere ainda como objectivos da formação em serviço a satisfação dos profissionais, a implementação de novos métodos de trabalho, o desenvolvimento de novas capacidades e consequentemente a mudança de comportamentos e atitudes.

Desta forma, em contexto de estágio no serviço de Pediatria e de Cuidados de Saúde Primários contribuí para a formação em serviço. No primeiro caso realizei uma formação sobre "Mucopolissacaridose" **(Anexo X)** para Enfermeiros do serviço de Pediatria. Surgiu-me esta necessidade uma vez que esta é uma patologia rara, pouco divulgada, da qual eu não tinha conhecimentos alguns, e pelo facto de, semanalmente, uma criança que padece desta patologia recorrer ao serviço no sentido de realizar tratamento (administração de Elaprase®). Constatei ainda que os Enfermeiros do serviço conheciam a forma de administração de Elaprase®, cuidados a ter na sua administração, efeitos secundários frequentes, no entanto, os conhecimentos sobre a patologia eram mínimos. Considero que esta foi uma formação interessante tanto para mim que, ao prepará-la, aprendi, como para os formandos a quem foi permitido, sucintamente, uma aprendizagem mais aprofundada da patologia e dos cuidados de Enfermagem inerentes.

Outra formação que realizei neste contexto foi um Poster **(Anexo XI)** subordinado à Obesidade Infantil para ficar exposto no serviço. Surgiu-me esta necessidade pois, como já referi, esta é uma temática que me interessa particularmente e considero que nós, enquanto Enfermeiros, temos um papel fundamental na prevenção desta pandemia. Assim, é importante possuirmos conhecimentos sobre a obesidade infantil: factores de risco, complicações e prevenção.

Em relação aos Cuidados de Saúde Primários realizei um Guia orientador da consulta de Enfermagem de saúde infantil e juvenil **(Anexo 11)** para Enfermeiros e futuros alunos de Enfermagem que, de forma sequencial, estrutura as diversas consultas de vigilância infantil. Este guia poderia ter sido elaborado para mim, como material de bolso, pois esta foi uma necessidade que senti para orientar a consulta, evitando assim preterir algum aspecto fulcral. No entanto, a minha Enfermeira tutora considerou vantajoso que o elaborasse para o Centro de Saúde para uma pesquisa rápida em caso de dúvida. Neste guia estão patentes os aspectos essenciais a abordar em cada consulta à criança.
Pelo que descrevi no parágrafo anterior, considero ter atingido os objectivos com facilidade através do diagnóstico de necessidades de formação dos profissionais e pela realização de formação em serviço sob a forma de diferentes modalidades.

[22] Velez, Luísa Serra. 2009. Formação em Serviço: uma necessidade ou uma calendarização. Sinais Vitais 87: p. 44-46

1.4. Investigação

Neste subcapítulo abordarei a importância da investigação na prática de Enfermagem e de que forma pude contribuir para ela. Assim, a investigação constitui uma base sólida na aquisição de saberes e, consequentemente, num melhor desempenho na prática da Enfermagem. Segundo a OE (2003)[23] "no processo de tomada de decisões em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática".

Objectivos gerais:

- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas (6).
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência (20).
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências (21).
-Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP (22).

Objectivos específicos:

- Compreender a importância da investigação na prática de Enfermagem.
- Utilizar resultados provenientes de investigação na prática.
- Participar em estudos de investigação nos serviços de estágio.

Reflexão das actividades desenvolvidas:

A investigação surge como prova cientifica de que as nossas práticas progridem no sentido da excelência do cuidar, da obtenção dos melhores resultados para os nossos clientes. Através dela é possível basear a prática na evidência. Vieira (2008) refere que "uma das características de uma profissão é o aumento do seu corpo de conhecimentos próprio, resultante da investigação."[24] A mesma autora refere ainda que, apenas com um corpo de investigadores, poderemos dar à Enfermagem uma boa base científica no sentido de fundamentar as práticas.

Actualmente, vivemos numa busca constante por proporcionar mais e melhores cuidados de saúde às populações. Para tal os conhecimentos devem ser fundamentados no saber científico. Assim, a investigação, focalizada em problemáticas decorrentes da prática da

[23] Ordem dos Enfermeiros. 2003. Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais, 24 pps.

[24] Vieira, Maria Margarida S. 2008.Ser Enfermeiro: da Compaixão à proficiência, 2ª edição. Universidade Católica Editora, Lisboa, 158 pps.

Enfermagem, assume uma importância extrema na prática baseada na evidência (PBE) que sugere uma relação, como afirma Silva (2008), “não só entre os teóricos e os práticos mas também entre a teoria e a prática, vendo a pesquisa como geradora de conhecimento que constrói, suporta e determina o desempenho profissional”[25]. Segundo a mesma autora, o termo “evidência” significa “noção clara”, significando assim a PBE que “o que se faz é bem feito no sentido de uma actuação segura e eficiente para se obterem resultados benéficos em prol de resultados nocivos”. Deste modo, a investigação surge como ponte entre a teoria e a prática e vice-versa: surgem questões decorrentes da prática, são produzidos estudos de investigação para, *à posteriori*, os conhecimentos serem aplicados à prática, melhorando assim a qualidade dos cuidados e promovendo atitudes de confiança e satisfação nos profissionais, aumentando ainda a credibilidade da profissão para com a Sociedade. Este aspecto transparece ainda para o aspecto economicista dos cuidados, já que a forma mais barata de produzir cuidados de saúde, é fazê-lo com qualidade. É importante ainda salientar que, mesmo reconhecendo o papel primordial da prática baseada na evidência, no conhecimento e na investigação é fundamental moldar os saberes à pessoa, pois cada pessoa é única. Além da sensibilidade, solicitude, solidariedade e entrega que a tradição de Enfermagem atribui ao Enfermeiro, devemos ainda fazer-nos acompanhar por um corpo de conhecimentos científicos actualizados no sentido de prestarmos cuidados de excelência.

Assim, considero ter atingido os objectivos supracitados ao fazer uso de resultados provenientes de investigação para aumentar o meu corpo de conhecimentos e fundamentar as assistências à criança/família. Além disso, ao longo deste período de ensino/aprendizagem foi minha preocupação certificar as minhas práticas em conhecimentos teóricos fidedignos, pelo que consultei trabalhos e artigos científicos provenientes de resultados de investigação. Na elaboração de acções de educação para a saúde e de formação em serviço utilizei igualmente resultados provenientes de investigação.

Em contexto de estágio no serviço de Pediatria, no turno realizado na Consulta de Diabetologia Infantil, foi-me possível participar e promover a investigação em serviço. Assim, as Enfermeiras responsáveis pela consulta de Diabetologia Infantil encontravam-se a realizar um estudo para caracterização da população diabética infantil da consulta com intuito de apresentar os dados em congresso. Este estudo constava de um questionário relacionado com os cuidados à criança com diabetes insulinotratada, antecedentes familiares e sentimentos relacionados com a patologia aquando do diagnóstico. No final da consulta de Diabetologia Infantil participei na instrução das crianças/famílias sobre o estudo, colaborando na explanação de dúvidas relacionadas com o questionário.

---

[25] Silva, Alzira A. M. M. 2008. Prática Baseada na Evidência: Investindo na Qualidade em Enfermagem. Sinais Vitais 79: p. 37-43

2. CONCLUSÃO

Com a elaboração deste Relatório pretendi reflectir e analisar criticamente o meu desempenho no estágio do curso de mestrado com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Foi minha intenção descrever criticamente e reflectir sobre o modo como atingi os objectivos propostos para o período de Estágio do curso. Assim, considero que o meu desempenho nos estágios foi favorável, pois aprendi e cresci bastante, o que contribuiu para o meu futuro enquanto Enfermeira especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. O facto de não exercer funções na área da especialidade, exigiu-me um esforço singular pois (quase) tudo era novidade e passível de aprendizagem. Assim, aproveitei todas as oportunidades de ser mais e melhor no sentido da excelência do cuidado à criança/família. O estágio foi enriquecedor, não só a nível profissional como pessoal. Senti-me perfeitamente integrada, motivada e realizada em qualquer um dos ambientes: cuidados de saúde primários, SUP, UCIN e serviço de Pediatria e em qualquer das instituições. Percebi a dinâmica de cada serviço e a importância do Enfermeiro especialista em cada área de cuidados da EESIP. Tenho ainda a salientar que qualquer dos Enfermeiros tutores se transformaram em pedras basilares na minha aprendizagem. Considero que a todas as competências adquiridas, soube somar as componentes saber (conhecimentos), saber fazer (habilidades e destrezas), saber estar (comportamentos e atitudes), querer fazer (motivação) e poder fazer (recursos).

Como ponto negativo aos estágios tenho apenas a referir, tal como já foi alvo de comentário no desenvolvimento do trabalho, a limitada carga horária dos contextos de Urgência e Neonatologia.

Em relação ao Relatório em si, considero que foi morosa a sua elaboração pois exigia uma reflexão e introspecção à minha prática, obrigando-me a parar, pensar, reflectir sobre o meu quotidiano de estágio. No entanto, penso que se torna além de um instrumento de avaliação, uma mais valia no meu desenvolvimento profissional e pessoal, já que apenas através da reflexão é possível identificar lacunas formativas que conduzem à investigação e posteriormente à prática baseada na evidência. Um aspecto facilitador foi o exercício reflexivo já realizado dos Portfólios ao longo dos estágios.

Nesta que é a recta final deste processo de aprendizagem, devo dizer que nada se consegue sem esforço e realmente olhando para trás, para as conquistas profissionais que adquiri e prevendo aquelas que advirão, posso afirmar que valeu a pena. Confesso, que já sinto

saudades de muitos dos profissionais que me acompanharam nesta caminhada, colegas de curso e, ainda de tantas crianças que me deixaram saudosas recordações.

Assim, em jeito de conclusão, considero que na realização do estágio adquiri competências relacionadas com a prestação de cuidados, gestão, formação e investigação que me permitirão a médio/longo prazo prestar cuidados de Enfermagem especializados na área da saúde infantil e pediatria, em qualquer contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, Evelyn. 1994. Ser Enfermeira. Medicina e Saúde, Lisboa, 267 pps.
- Alarcão, I. 1996. Formação reflexiva de professores. Porto Editora, Porto
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Disponível: http://apsi.org.pt [data da visita: 13 Novembro 2009]
- Bernardo, Andreia S.S et al. 2008. Análise das Práticas, uma estratégia de construção de saberes da prática dos cuidados de Enfermagem. Sinais Vitais 80: p. 13-18
- Batalha, Luís et al. 1999. Relação de parceria nos cuidados neonatais. Sinais Vitais 22: p. 21-23
- Batalha, Luís et al. 2007. “Dor em Cuidados Intensivos Neonatais”. Disponível: http://spp.pt/ [data da visita: 5 Janeiro 2010]
- Brissos, Maria Elisa e Varela, Maria Manuel. 2008. Do dever de informação do Enfermeiro ao direito de doente a ser informado. Sinais Vitais 79: p. 15-19
- Califórnia Nurses Association. Disponível: http://calnurse.org/files.calnurse.org/assets/finratrn7103,pdf [data da visita: 5 Janeiro 2010]
- Cassandra e Opperman. 2001. Enfermagem Pediátrica Contemporânea. Lusociência, Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-19-3
- Deodato, Sérgio. 2008. Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Almedina, Coimbra, 194 pps.
- Diário da República Electrónico. Disponível: http://dre.pt/pdf1sdip/2009/02/03000/0092601029/pdf [data da visita: 13 Novembro 2009]
- Direcção Geral da Saúde. Disponível: http://dgs.pt [data da visita: 13 Novembro 2009]
- Direcção Geral da Saúde. 2002. Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação. 2ª Edição. DGS, Lisboa. ISBN 972-675-084-9
- Freitas, José. 2008. Tratar versus cuidar: do passado para o presente/futuro. Sinais Vitais 80: p. 37-41
- Galego, Lurdes e Silva, Paula C. 2002. Dimensão relacional. Tecnologia Médica 3: p. II-V
- Guia orientador da consulta de Enfermagem de saúde infantil e juvenil da unidade local de saúde de Matosinhos.
- Hockenberry, Marilyn J. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª Edição. Elsevier Editora, Rio de Janeiro, 1303 pps.

- Hospital de São Sebastião. Disponível : http://hospitalfeira.min-saude.pt/[data da visita: 20/04/2009]
- Nôro, Filomena S. P. e Coelho, Odete C. F.F. 2008. Sinais e Sintomas da Enfermagem Actual. Sinais Vitais 76: p. 5-11
- Ordem dos Enfermeiros. 2003. Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais, 24 pps.
- Ordem dos Enfermeiros. 2009. Estatuto, 83 pps.
- Portal da Saúde. Disponível: http://min-saude.pt/Portal/Conteudos/linhas/contactos+de+apoio/ [data da visita: 13 Novembro 2009]
- Reis, Maria B. Pereira e Torres, Madalena Ramos. 2002. Reflexão sobre a importância dos registos de Enfermagem. Sinais Vitais 41: p. 57-59
- Silva, Alzira et al. 2008. Prática baseada na evidência: investindo na qualidade em Enfermagem. Sinais Vitais 79: p. 37-43
- Silva, Carla A. C. 2008. Enfermagem como profissão autónoma. Sinais Vitais 76: p. 12-13
- Soares, Sérgio. 1987. Humanização dos cuidados de enfermagem no serviço de urgências. Enfermagem 10: p. 33-35.
- Velez, Luísa Serra. 2009. Formação em Serviço: uma necessidade ou uma calendarização. Sinais Vitais 87: p. 44-46
- Vieira, Maria Margarida S. 2008.Ser Enfermeiro: da Compaixão à proficiência, 2ª edição. Universidade Católica Editora, Lisboa, 158 pps
- **http://www.unifesp.br/centros/creim/downloads/gz-mps-apostila-2003.pdf** [data da visita: 13 Maio 2009]
- **http://www.mpssociety.org/** [data da visita: 13 Maio 2009]
- **http://www.chc.min-saude.pt/servicos/Genetica/mps.htm** [data da visita: 13 Maio 2009]
- **http://www.portaldasaude.pt** [data da visita: 13 Maio 2009]
- **http://www.obesidade.online.pt** [data da visita: 13 Maio 2009]
- **http://static.publico.clix.pt** [data da visita: 13 Maio 2009]

ANEXO I – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ESTÁGIO

ANEXO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ESTÁGIO

1. Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, Unidade de São Sebastião, Santa Maria da Feira

O Hospital de São Sebastião pertence ao Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga e está localizado na cidade de Santa Maria da Feira, no Norte do Distrito de Aveiro. Além da população deste concelho o Hospital serve ainda toda a população residente na área geográfica de Aveiro Norte. Entrou em funcionamento a 4 de Janeiro de 1999 e em 31 de Dezembro de 2005 foi transformado em Entidade Pública Empresarial (EPE).

O seu enquadramento jurídico inovador vem permitir dar uma resposta mais adequada aos princípios contidos na sua *missão*. A missão do Hospital é a de atender e tratar, em tempo útil, com eficiência e qualidade, em parceria com a rede de centros de saúde e de hospitais do SNS, a custos socialmente comportáveis, os doentes dos concelhos do norte do distrito de Aveiro. Faz, ainda, parte da missão, participar no ensino e formação de pessoal técnico de saúde e desenvolver linhas de investigação clínica e de gestão hospitalar.

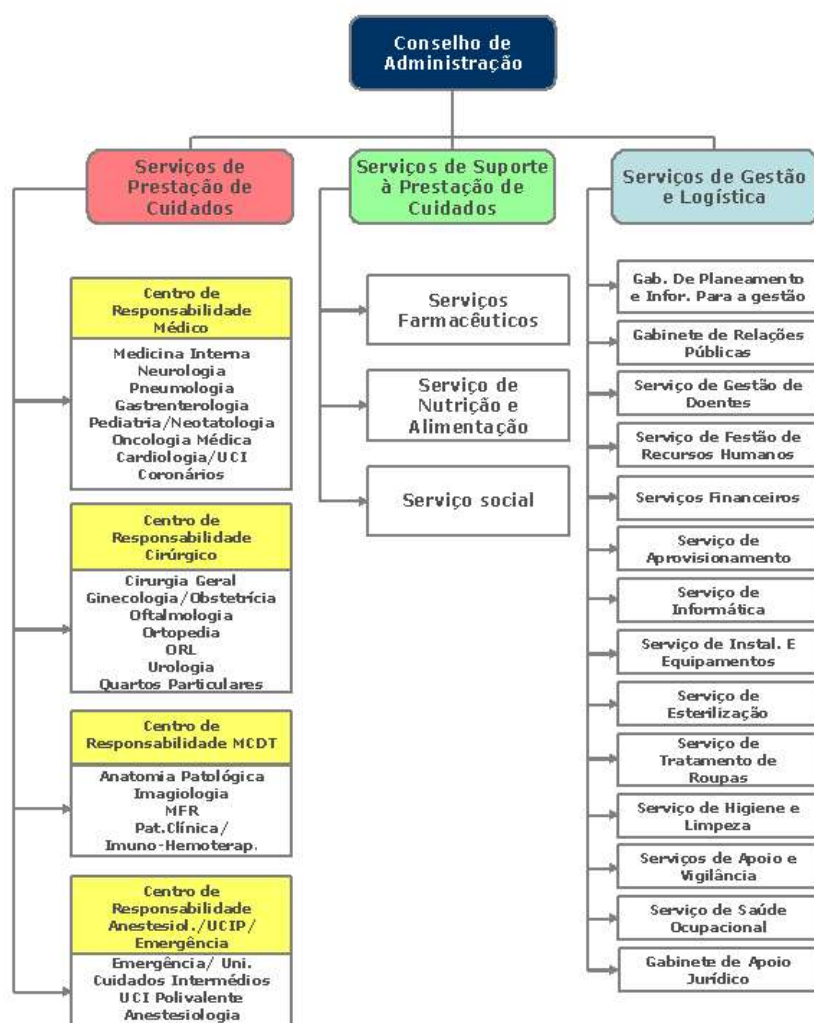



Fig.1: Organograma da estrutura hierárquica e funcional do Hospital (fonte: www.hospitalfeira.min-saude.pt/)

No Regulamento Interno deste hospital estão definidos os valores essenciais, que orientam permanentemente a acção de todos quantos trabalham no Hospital de São Sebastião, que são os seguintes:

a) Qualidade – Procurando a excelência na prestação de cuidados, utilizando modernas tecnologias, num ambiente seguro, atractivo e amigável.

b) Ética – Advogando os mais elevados princípios de conduta em todas as acções e decisões, como base para a confiança pública.

c) Respeito pelo indivíduo – Procurando responder às necessidades dos doentes e dos colaboradores, com respeito pela privacidade e encorajando a sua participação no processo de decisão.

d) Performance – Utilizando os recursos da comunidade com eficiência e eficácia.

e) Inovação – Incentivando e premiando a exploração de novas ideias e o desenvolvimento de novas actividades.

O serviço de Pediatria é um serviço médico-cirúrgico que recebe crianças de toda a região do Concelho de Santa Maria da Feira, Aveiro Norte, São João da Madeira, Vale de Cambra, Oliveira de Azeméis, Arouca, Castelo de Paiva e Ovar. O serviço de Pediatria admite crianças desde o nascimento até aos 16 anos. A admissão realiza-se por transferência de outros serviços do mesmo hospital (Neonatologia), bem como através do serviço de urgência ou consulta externa. Este serviço iniciou obras no decorrer do meu estágio, pelo que esta descrição actualmente não deve corresponder à realidade. Assim, o serviço de Pediatria situa-se no quarto piso do hospital. A entrada de pessoas é controlada por um intercomunicador. À entrada do serviço existe o gabinete médico, a sala de reuniões, o gabinete da Sra. Enfermeira Chefe Celina Capela e o gabinete da secretária clínica. Exterior ao serviço (mas no mesmo piso) existe a copa de leites e o vestiário feminino.

O serviço propriamente dito é constituído por:

- Um armazém de material consumível;
- Uma sala para sujos;
- Uma sala para limpos (com material diverso e equipamento);
- Um gabinete de enfermagem;
- Um vestiário masculino;
- Uma sala de passagem de turno (que funciona também como sala médica);
- Uma copa para os profissionais da unidade;
- Uma copa para os pais;
- Uma sala de tratamentos;
- Uma sala de brinquedos;
- Uma sala de terapêutica;

- Quartos de banho (com chuveiro) para as crianças;
- Um quarto de banho para profissionais;
- Um quarto de banho para pais/familiares/visitas;
- Três quartos individuais (isolamento) com quarto de banho privativo;
- Três enfermarias com três camas;
- Duas enfermarias de duas camas (adolescentes);
- Um berçário com cinco berços;
- Uma enfermaria com três camas (designados "S" habitualmente destinados a cirurgias de Otorrinolaringologia);
- Uma enfermaria de duas camas (lactentes).

Cada criança tem o direito a ficar com um dos pais/responsável/cuidador. Para tal há um cadeirão ao lado da cama da criança. O acompanhante tem direito às refeições que são servidas na copa dos pais, excepto o almoço e jantar que é oferecido no refeitório do hospital.

O serviço tem vários outros serviços de apoio como sendo os serviços de alimentação e nutrição, serviços farmacêuticos, o serviço social, o serviço de aprovisionamento, o serviço de informática, o serviço de instalações e equipamentos, o serviço de esterilização, o serviço de tratamento de roupas, o serviço e higiene e limpeza, a patologia clínica/imuno-hemoterapia, a anatomia patológica, a imagiologia e a medicina física e reabilitação.

A iluminação do serviço é maioritariamente natural, havendo suporte de iluminação artificial. Este possui ainda ar condicionado com ventilação e equipamento de climatização.

Para cada uma das enfermarias verifica-se a existência de:

- Saídas de O_2 para oxigenoterapia, associadas a um respectivo sistema de humidificação;
- Saída de vácuo para sistema de aspiração

Este material encontra-se disposto numa estrutura física de suporte, que proporciona maior funcionalidade na prestação de cuidados, a qual apresenta um conjunto de tomadas eléctricas de apoio ao diverso de material eléctrico instalado (bombas e seringas perfusoras).

Existe um carro de urgência na sala de tratamentos e uma mala portátil de apoio que acompanha o profissional nos transportes.

A equipa de Enfermagem é constituída por vinte e sete Enfermeiros da instituição e oito de prestação de cuidados (recibos verdes), que se distribuem pela Consulta Externa, Urgência e Pediatria. A equipa é jovem e feminina. O dia de trabalho é dividido no turno da manhã (das 8 horas às 15 horas), da tarde (das 15 horas às 22 horas) e no turno da noite (das 22horas às 8

horas), nos quais a equipa de enfermagem é dividida por 4 enfermeiros no turno da manhã e nos turnos da tarde e noite são compostos por 3 elementos.

A metodologia de trabalho é individual, em que se evidencia um investimento na continuidade de cuidados prestados às crianças/família.

Verifica-se a existência de uma equipa multidisciplinar na prestação de cuidados, onde estão definidas de um modo concreto as competências de cada equipa, favorecendo o relacionamento entre os membros.

A gestão dos recursos materiais efectua-se primariamente de uma comunicação das necessidades, entre a enfermeira chefe e a enfermeira responsável da Pediatria. Sendo que a manutenção do material encontra-se preferencialmente ao cargo da enfermeira responsável, já que a Enfermeira Chefe é responsável por toda a Pediatria/Neonatologia. Todavia, a manutenção e optimização do material disponível é da responsabilidade, não só da equipa de enfermagem, como de toda a equipa multidisciplinar.

Os recursos materiais são diversos, entre quais menciono os seguintes:

- Desfibrilhador;
- Bombas perfusoras;
- Seringas perfusoras;
- Monitores cardio-respiratórios (função cardíaca, respiratória, avaliação de TA e função transcutânea de O_2);
- Aparelhos de Fototerapia;
- Bombas de extracção de leite materno
- Frigorifico para o leite
- Frigorifico para a medicação
- Aquecedores de biberões;
- Balanças para pesar os recém-nascidos;
- Balança electrónica (peso fraldas).

Quanto à reposição de medicação, cada carro tem cassetes com a medicação de cada criança, pelo que a sua reposição é por unidose, no entanto existe ainda um *stock* da medicação utilizada mais frequentemente. A verificação e reposição estão também preferencialmente a cargo do Enfermeira responsável. No entanto, sempre que necessário qualquer Enfermeiro do serviço pode preencher um pedido de requisição de medicação para a farmácia.

O processo clínico da criança/adolescente inclui a parte médica e de Enfermagem (no mesmo processo). A parte médica inclui o processo de urgência/consulta externa, diário clínico,

prescrições, folhas de cuidados, processo do bloco operatório (se processo cirúrgico). A parte de Enfermagem inclui:

- Uma folha de controlo de entrega de recém-nascidos (no caso de bebés que não nasceram no hospital e tiveram necessidade de internamento);
- Folha de avaliação inicial (UCIN ou pediátrica) com informações respectivas ao nome, filiação, avaliação social e de necessidades básicas;
- Folha de registo da educação do doente internado e família;
- Notas de evolução;
- Folha de sinais vitais;
- Folha de registos de glicemia, glicosúria, cetonúria e outros;
- Folha de avaliação estato-ponderal, de perímetros cefálicos, dejecções e introdução/substituição de sondas;
- Folha de balanço hídrico;
- Folha de protocolo de preparação pré-cirúrgica (se processo cirúrgico)
- Folha de administração de terapêutica (quando não se encontra actualizada, pois a actual encontra-se no dossier de terapêutica "cardex").

Existe ainda uma folha de requisição diária de alimentos para os doentes que é encaminhada para o serviço de nutrição. Esta folha é preenchida no turno da noite (para consumir ao pequeno-almoço, meio da manhã e almoço) e manhã (para consumir ao lanche, jantar e ceia). Esta requisição de alimentos é realizada para as crianças e acompanhante, sendo que para o acompanhante não se solicita almoço e jantar pois essas mesmas refeições são-lhe oferecidas no refeitório da instituição.

2. CENTRO DE SAÚDE DE SÃO MARTINHO DO BISPO, COIMBRA

O Centro de Saúde de São Martinho do Bispo é uma unidade de Cuidados de Saúde Primários localizada na cidade de Coimbra. Integra a Administração Regional de Saúde do Centro. Pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego do qual fazem parte os Centros de Saúde de São Martinho do Bispo, Santa Clara, Norton de Matos (recentemente considerado o melhor Centro de Saúde do País), Eiras, Celas, Penacova, Condeixa e Fernão Magalhães. Todos estes Centros de Saúde possuem apenas a mesma Directora Executiva.

Do Centro de Saúde de São Martinho do Bispo faz parte a extensão de Taveiro que funciona diariamente, com Enfermeiros destacados para essa mesma unidade.

O Centro de Saúde é composto por dois pisos: do primeiro piso fazem parte todas as estruturas de apoio ao utente e no piso -1 fazem parte as estruturas de apoio: armazém, gabinetes administrativos, gabinete da Enfermeira Chefe, gabinete de psicologia, gabinete da

direcção, gabinete de cuidados continuados, uma pequena sala de reuniões e um bar desactivado.

No piso 1 existem três módulos similares, no entanto fiz parte do módulo II, no qual trabalha a Enfermeira Ilda, Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, minha tutora. Os módulos têm todos a mesma estrutura física e o mesmo número de profissionais (excepto o módulo III que tem menos um Enfermeiro e um administrativo) pelo que descreverei apenas o módulo II.

No corredor de acesso ao módulo II existem dois gabinetes médicos: o da Pediatra e o da interna de Pediatria. Imediatamente ao lado destes existem a sala de Enfermagem na qual se realizam nebulizações e onde existe o stock de vacinas e medicação comum (Paracetamol, Salbutamol, Ibuprofeno, entre outras) e a última sala é a da higienista oral que já não funciona no Centro de Saúde de São Martinho, visto o material estar inoperacional. Assim, a higienista oral, apesar de ainda pertencer a esta unidade de saúde, executa a sua actividade laboral no Centro de Saúde mais próximo, o de Santa Clara.

Já no módulo propriamente dito existem duas administrativas: a do guichet à esquerda dá apoio aos médicos com gabinetes do mesmo lado e a do guichet à direita apoia os médicos com gabinetes do lado direito. Há três Enfermeiras de família que trabalham cada uma com o seu médico de família. Tenho ainda a referir a existência de dois médicos internos neste módulo.

Quanto à estrutura física existem quatro gabinetes médicos, a sala de vacinação, a sala de tratamentos e dois gabinetes de Enfermagem. Ao fundo do módulo há um armário de apoio com material de consumo: seringas, agulhas, contentores de agulhas, entre outros.

A Enfermeira Ilda, minha tutora, além de trabalhar com a Pediatra é ainda Enfermeira de Família, realizando assim consultas de Saúde Materna/Puerpério, Planeamento Familiar e Diabetologia, além dos tratamentos e visitas domiciliárias. É ainda a responsável pela Saúde Escolar.

O Centro de Saúde funciona, em dias úteis das 8h30m às 16h30m. Além deste horário a unidade funciona como SASU até às 20h. Semanalmente há ainda Consultas de Cessação Tabágica e CAJ.

3. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, AVEIRO

O Hospital Infante D. Pedro de Aveiro (HIPA) situa-se na cidade de Aveiro e recebe doentes dos concelhos de Anadia, Oliveira do Bairro, Vagos, Albergaria-a-Velha, Sever do Vouga, Águeda e Ílhavo.

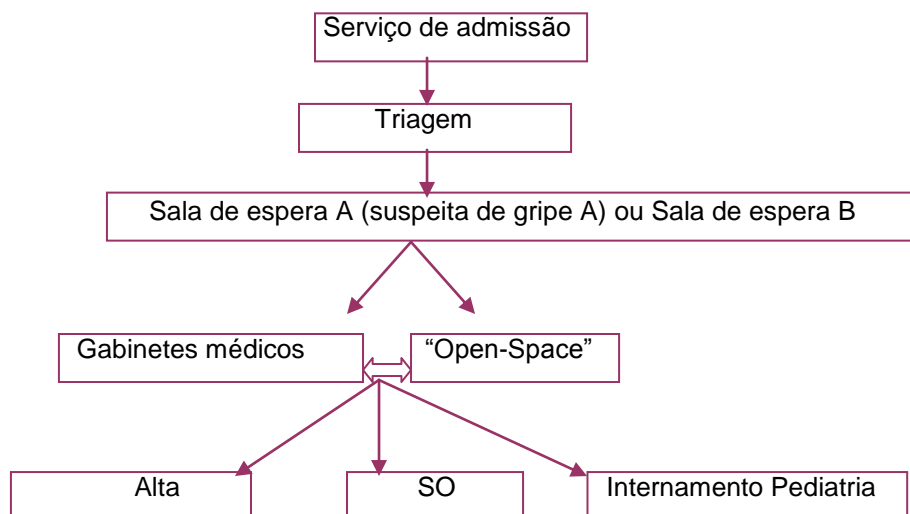
O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) deste Hospital tem como objectivo o atendimento em tempo útil de crianças em situação de doença aguda em risco de funções vitais ou com falência instalada e risco de vida e está vocacionado para todo e qualquer acto assistencial não programado.

O SUP foi criado em 2007, pois até essa altura as crianças eram atendidas no serviço de urgência geral. Este serviço tem como *missão* assegurar a população que abrange a faixa etária até aos 15 anos menos um dia e como *visão* a organização eficiente e eficaz que permita cuidados clínicos urgentes e emergentes de qualidade com condições adequadas de acolhimento e estadia de forma a satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes e onde os seus colaboradores se sintam satisfeitos e motivados a nível pessoal e profissional.

O SUP encontra-se dividido em oito áreas:
1) Área de admissão: serviço de admissão, serviço informativo, sala de espera e instalações sanitárias com fraldário;
2) Triagem: dois postos de triagem;
3) Observação médica: dois gabinetes médicos e "Open-Space" com cinco boxes;
4) Sala de Emergência: com box de Neonatologia (berço com raills de apoio) e uma maca para criança;
5) Área de Inaloterapia: com cinco rampas de oxigénio, cinco rampas de ar comprimido; um monitor cardiorrespiratório e um balcão de apoio;
6) Área de coordenação e estar: gabinetes da Enfermeira Chefe, Gabinete de Enfermagem e Gabinete médico.
7) Sala de Observações (SO): com seis camas, um carro de higiene e um carro de consumo (agulhas, seringas, abocaths, tubos de análise, talas, sacos de colheita de urina, sistemas de soros, soros, torneiras, obturadores, prolongadores, adesivos. (…));
8) Áreas de apoio: copa, arrecadações, stock material clínico, sala de sujos, sala de limpos, instalações sanitárias.

A equipa de Enfermagem é essencialmente feminina (apenas um homem) e jovem, composta por 19 Enfermeiros: uma Enfermeira Chefe, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Infantil e Pediatria, 7 Enfermeiros Graduados (entre eles um Enfermeiro com Especialidade em Enfermagem Infantil e Pediatria) e 10 Enfermeiros de nível I.

Os turnos são distribuídos da seguinte forma: Manhã: 8h-15h30m (4 Enfermeiros); Tarde: 15h-24h (4 Enfermeiros); Noite: 23h30m-8h30m (3 Enfermeiros).

O circuito de doentes dentro do serviço é o seguinte:

A triagem é efectuada por Enfermeiros e pode caracterizar-se por um processo de avaliação clínica preliminar que classifica os utentes em função da sua urgência / gravidade, antes da avaliação, diagnóstico e terapêutica completa no serviço de Urgência. Note-se que a triagem não tem por objectivo estabelecer um diagnóstico, mas classificar os utentes segundo o seu nível de urgência. Tem como objectivos principais:

- Ajustar o tempo e o tipo de resposta assistencial e os recursos ao grau de urgência;
- Atender o mais rapidamente possível as crianças com gravidade severa e com maior risco de agravamento por atraso no tratamento;
- Manter um adequado fluxo de utentes no serviço, evitando aglomerações:
  - Encaminhamento dos utentes classificados para a área correspondente;
  - Controlo dos tempos de espera;
  - Controlar salas e espaços no serviço de urgência;
  - Permitir uma gestão mais eficiente dos recursos.
- Aumentar a satisfação dos utentes.

Neste serviço não adoptaram a Triagem de Manchester pois considera-se que esta não se adequa à Pediatria. De facto, no serviço onde exerço funções, Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), EPE, realizamos triagem de Manchester e os fluxogramas adequados à criança são muito poucos, o que se torna um entrave à correcta triagem e encaminhamento da criança dentro do serviço de urgência. Assim e apesar de se trabalhar com o aplicativo "Alert®" no SUP do HIPA, não se faz uso do ícone da triagem. Esta efectua-se igualmente por cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e branco (abolindo-se o azul), em que o tempo máximo que medeia a triagem e a observação médica deverá ser,

respectivamente, 0 minutos, 10 minutos, 90 minutos, 180 minutos e o branco não tem limite de tempo pois habitualmente serve para os casos em que os médicos solicitaram a presença da criança naquele serviço. Os critérios de triagem estão definidos se bem que não abrangem todas as situações, pelo que a escolha da cor tem que ser efectuada com bom senso e com base nas prioridades reais daquelas crianças. A retriagem é sempre uma hipótese, já que durante o tempo de espera a situação clínica da criança pode degradar-se.

4. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS DO CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA, UNIDADE DE SÃO SEBASTIÃO, SANTA MARIA DA FEIRA

Por este serviço fazer parte do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, Unidade de São Sebastião, instituição já apresentada através do ponto 1, abdicarei da sua caracterização.

A UCIN recebe recém-nascidos de toda a região do Concelho de Santa Maria da Feira, de Aveiro Norte, de São João da Madeira, de Vale de Cambra, de Oliveira de Azeméis, de Arouca, de Castelo de Paiva e de Ovar. Os recém-nascidos internados apresentam uma diversidade de patologias, com necessidade de cuidados intensivos. A admissão pode ser realizada por transferência de outros serviços do mesmo hospital (Pediatria, Urgência, Obstetrícia ou núcleo de partos) bem como por transferência de outros hospitais após contacto prévio entre as instituições ou através do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Os recém-nascidos geralmente admitidos neste serviço encontram-se no período Neonatal, no entanto este serviço também recebe lactentes que necessitem de cuidados intensivos.

A decoração da unidade é adequada à faixa etária que recebe, com cores suaves e iluminação tanto natural como artificial, proporcionando um ambiente agradável. Apresenta uma estrutura aberta, constituída por espaços simples, sem divisórias entre as unidades. No entanto apresenta uma unidade de isolamento, que se encontra fisicamente dividida, através de uma estrutura maioritariamente de vidro, com constante visibilidade. Esta unidade de isolamento é composta por uma incubadora com ventilador, raills de oxigénio e de ar comprimido, sistema de aspiração, um lavatório e um WC. À entrada desta unidade existem todos os materiais de protecção individual necessários: barrete, botas, luvas, máscara e bata para que nos possamos paramentar antes de entrar na unidade. As visitas e pais das crianças internadas são alertadas para a necessidade de usar materiais de protecção individual e, regra geral, todos cumprem as indicações dadas pelos profissionais de saúde.

A UCIN situa-se no terceiro piso do hospital. A entrada de pessoas é controlada por um intercomunicador. É permitida a presença dos pais das 8h às 24h e a visita de um familiar após as 16h.

O serviço é constituído por:

- Uma sala de internamento com capacidade para dez crianças (com capacidade para cinco recém-nascidos ventilados);
- Uma unidade de internamento de isolamento;
- Uma sala de reuniões;
- Três gabinetes médicos;
- Um armazém de material consumível;
- Uma sala para sujos com porta directa para o exterior (sem necessidade de percorrer qualquer circuito no interior da unidade);
- Uma sala para limpos (com material diverso e equipamento);
- Um gabinete de enfermagem;
- Uma sala de acolhimento dos pais com cacifos onde estes deixam todos os adereços e telemóveis, higienizam as mãos e vestem bata antes de entrarem na unidade;
- Uma copa para os profissionais da unidade;
- Um armazém de material/equipamento;
- Uma sala de extracção leite com bombas eléctricas;
- Um quarto de banho para as visitas;
- Um quarto de banho para profissionais;
- Um vestiário para a equipa de enfermagem;
- Um vestiário para a equipa de assistentes operacionais.

Existe um sistema de comunicação interno, com um telefone em cada sala/gabinete de apoio aos profissionais e um telefone na copa, estes dão acesso a qualquer serviço do hospital, aumentando a capacidade de resposta de serviços como por exemplo: laboratório, imagiologia, farmácia, serviço de medicina física e reabilitação, entre outros.

Existe isolamento acústico do exterior, com recurso a materiais isolantes nas paredes e tecto, como com o uso de vidros duplos. Também a iluminação natural é uma preocupação sendo a sua intensidade controlada por estores.

A iluminação do serviço é maioritariamente natural, havendo suporte de iluminação artificial através de lâmpadas de tecto e focos de iluminação junto de cada unidade. A unidade possui ar condicionado com ventilação e equipamento de climatização, independente da restante estrutura hospitalar.

Para cada uma das cinco unidades que permitem receber recém-nascidos ventilados, verifica-se a existência de:

- Incubadora aberta ou fechada;
- Saídas de O_2 (duas), para ventilação mecânica e oxigenoterapia, associadas a um respectivo sistema de humidificação;
- Saída de vácuo (uma), para sistema de aspiração;
- Ventilador, Ambu, máscara;
- Monitor Cardiorrespiratório;
- Máquinas/seringas perfusoras;
- Foco luminoso;
- Estetoscópio;
- Termómetro;
- Material descartável (luvas, seringas, soros fisiológicos de 10 ml, agua destilada de 10 ml, compressas…).

Este material encontra-se disposto numa estrutura física de suporte, que proporciona maior funcionalidade na prestação de cuidados, a qual apresenta um conjunto de tomadas eléctricas de apoio ao diverso de material eléctrico instalado.

Existe um carro de urgência (neonatal) e uma mala portátil de apoio que acompanha o profissional nos transportes.

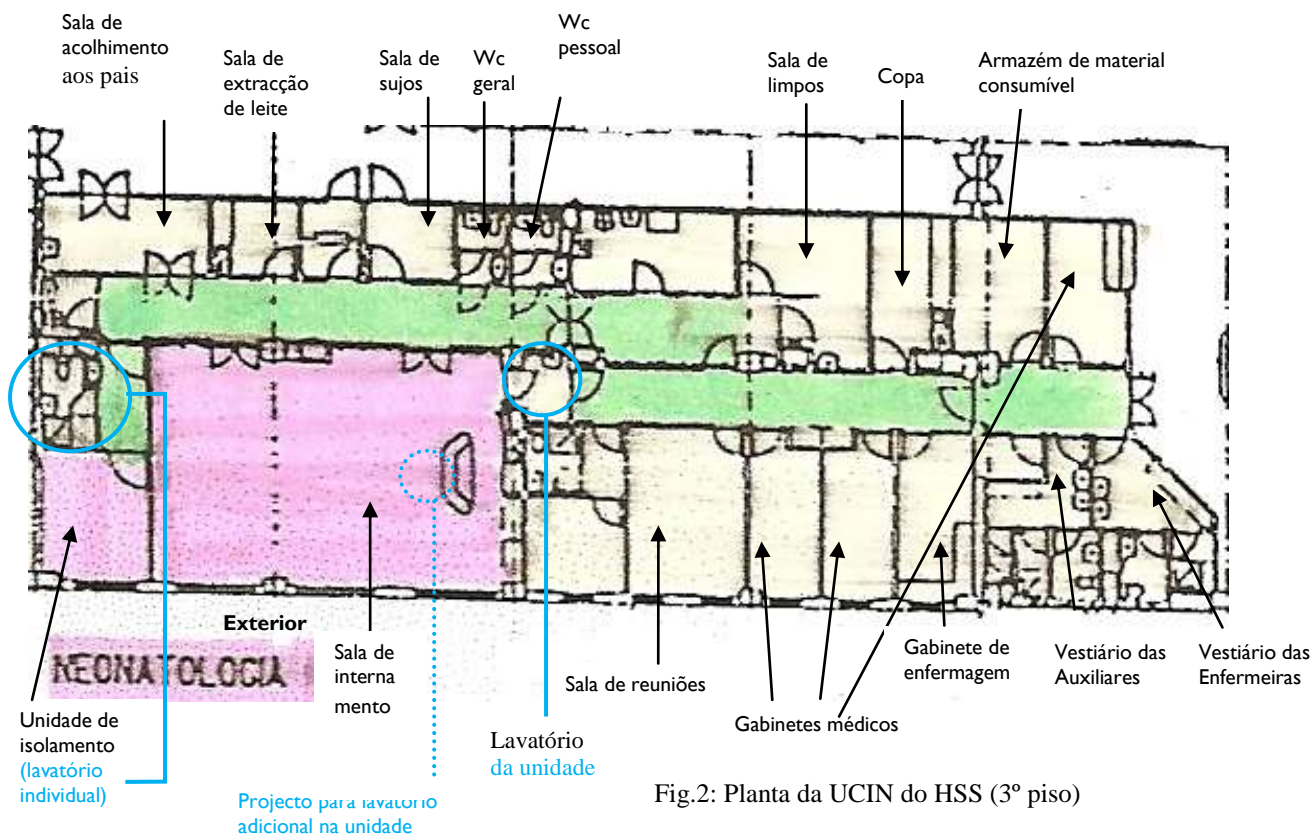



Fig.2: Planta da UCIN do HSS (3º piso)

A equipa de enfermagem é constituída por dezanove Enfermeiras, que se distribuem da seguinte forma:

- Uma Enfermeira Chefe (Especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)
- Uma Enfermeira Responsável (Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)
- Uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Psiquiátrica;
- Dezassete Enfermeiras (uma das quais com Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)

A equipa é jovem e feminina. O dia de trabalho é dividido no turno da manhã (das 8 horas às 15 horas), da tarde (das 15 horas às 22 horas) e no turno da noite (das 22horas às 8 horas), nos quais a equipa de Enfermagem é dividida por quatro Enfermeiras no turno da manhã e nos turnos da tarde e da noite são compostos por três elementos.

A UCIN integra-se num grupo de serviços (Urgência de Pediatria; internamento de Pediatria e consulta de Pediatria) em que a direcção/gestão advém da mesma Enfermeira Chefe. Neste sentido, as Enfermeiras da UCIN também prestam cuidados em contexto de Urgência e consultas de Pediatria. Não senti necessidade de prestar cuidados em qualquer um destes locais visto já ter tido oportunidade de o fazer em contexto de estágio no serviço de Pediatria neste mesmo hospital.

O rácio Enfermeiras – recém-nascidos internados ronda, geralmente, 1:2 (nos cuidados intensivos) ou 1:3 (nos cuidados intermédios). A metodologia de trabalho é individual, em que se evidencia um investimento na continuidade de cuidados prestados ao recém-nascido/família.

A equipa médica é constituída por sete elementos especialistas em Pediatria/ Neonatologia. Está sempre disponível, no serviço, um médico durante 24 horas. No entanto, a partir das 13 horas o Neonatologista permanece de urgência, para os seguintes serviços: UCIN; Obstetrícia; Núcleo de Partos.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por sete elementos, que se distribuem da seguinte forma: dois no turno da manhã e um nos turnos da tarde e noite. Cabe a estes profissionais a reposição de material na unidade.

Verifica-se a existência de uma equipa multidisciplinar na prestação de cuidados, onde estão definidas de um modo concreto as competências de cada equipa, favorecendo o relacionamento entre os membros.

Os recursos materiais são diversos, entre quais menciono os seguintes:

- Incubadoras (incubadoras abertas; incubadoras fechadas e berços);
- Duas incubadoras de transporte (com um ventilador e um CPAP integrado);
- Ventiladores;
- Um desfibrilhador;
- Bombas perfusoras;
- Seringas perfusoras;
- Monitores cardiorrespiratórios;
- Aparelhos de Fototerapia;
- Bilirrubinómetros;
- Centrífugas;
- Um Aparelho de Rx exclusivo da UCIN;
- Um Ecógrafo exclusivo da UCIN;
- Duas bombas de extracção de leite materno;
- Um frigorifico para o leite;
- Um frigorifico para a medicação;
- Dois aquecedores de biberões;
- Uma balança electrónica para pesar os recém-nascidos;
- Uma balança electrónica (para pesar fraldas).

A UCIN apresenta um *stock* da medicação utilizada mais frequentemente. A verificação e reposição estão também preferencialmente a cargo da enfermeira responsável. No entanto, sempre que necessário qualquer enfermeira do serviço pode preencher um pedido de requisição de medicação para a farmácia.

Na organização da medicação individual de cada doente na UCIN recorre-se ao método dos cartões de diferentes cores, sendo que a cor vermelha remete para os injectáveis e a cor branca para a medicação oral. A medicação individual de cada recém-nascido é actualizada diariamente (ou sempre necessário), em cada nova folha de registos de Enfermagem (diária).

ANEXO II – GUIA ORIENTADOR DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Centro de Saúde de São Martinho do Bispo

GUIA ORIENTADOR DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAUDE INFANTIL E JUVENIL

Coimbra, Novembro 2009

Índice

1ª Consulta (até 7º dia de vida)

Avaliação:

- Diagnóstico Precoce;
- Peso e comprimento;
- Fontanelas.

Alimentação/Eliminação:

- Tipo de leite e horário das refeições;
- Presença de: "Soluços", regurgitação, vómitos, cólicas;
- Nª dejecções/dia e características.

Higiene:

- Banho: frequência e produtos utilizados;
- Cordão Umbilical.

Sono:

- Nº horas/dia (dorme cerca de 16h30m) e posição de deitar.

Reflexos:

- Sucção e deglutição;
- Moro (Abdução dos membros desencadeada por estímulos);
- Preensão;
- Reflexo de Busca.

Educação para a saúde:

- Aleitamento materno/artificial;
- Posição ao deitar;
- Reacções vacinais (BCG);
- Prevenção de acidentes:
  - Asfixia (evitar brinquedos e almofadas na cama);
  - Quedas (não deixar a criança sozinha);
  - Queimaduras (temperatura do banho e biberão);
  - Rodoviários **(anexo 1)**

Consulta 1º Mês

Avaliação:

- Peso;
- Comprimento;
- Perímetro Cefálico;
- Fontanelas;
- Cordão umbilical (dia de queda e aspecto);
- Vacinação (PNV actualizado (?))

Alimentação/Eliminação

- Tipo de leite e horário das refeições;
- Presença de: "Soluços", regurgitação, vómitos, cólicas;
- Nª dejecções/dia e características.

Desenvolvimento Psicomotor:

(Bola encarnada e roca)

Postura e Motricidade Global

- Tentativa de levar a mão à boca;
- Puxado para a posição de sentado a cabeça tende para trás;
- Seguro de pé, dobra os joelhos.

Visão

- Segue a bola encarnada a cerca de 20cm de distância, deslocando os olhos e a face;
- Segue repetidamente a face do observador;
- Olha para a face da mãe quando esta lhe fala ou o alimenta com expressão facial atenta e que pode incluir sorriso, balbuciar.

Audição e linguagem

- Vira os olhos para o som de uma roca emitido a 20 cm de cada lado da cabeça;

- ➢ Vira os olhos e a cabeça para ambos os lados em resposta à voz humana;
- ➢ Emite pequenos ruídos guturais quando satisfeito.

Comportamento e adaptação social

- ➢ Em situação de interacção mantém-se vigil;
- ➢ Pára de chorar quando lhe falam, seguram pelos braços ou o pegam ao colo;
- ➢ Estabelece longos períodos de interacção com a mãe, sobretudo durante as refeições, interpondo sorrisos, vocalizações, imitações sociais e mostrando bem-estar.

Sinais de Alarme:

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça na posição de sentado;
- Nunca segue a face humana;
- Hiper ou hipotonicidade na posição de pé;
- Não vira os olhos e a cabeça para o som;
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

Educação para a saúde:

- Aleitamento materno **(folheto)**;
- Aleitamento artificial (preparação do leite) **(folheto)**;
- Posição ao deitar (prevenção do síndrome de morte súbita);
- Reacções pós-vacinais (BCG)
- Prevenção de acidentes:
    - Asfixia (evitar brinquedos e almofadas na cama);
    - Quedas (não deixar a criança sozinha);
    - Queimaduras (temperatura do banho e biberão);
    - Rodoviários **(Anexo 1).**

Consulta 2º Mês

Avaliação:

- Peso; Comprimento; Perímetro Cefálico; Fontanelas.

Alimentação/Eliminação

- Tipo de leite e horário das refeições;
- Presença de: "Soluços", regurgitação, vómitos, cólicas, alergias;
- Nª dejecções/dia e características.

Educação para a saúde:

- Sono (dorme +- 15h/dia);
- Posição ao deitar;
- Reacções vacinais (VHB_2 e $DTP_1 HIB_1$ $VIP_{1,}$);

Agendar Vacina 3 Meses: Men C_1

- Aleitamento materno **(folheto)**;
- Aleitamento artificial (preparação do leite) **(folheto)**:

- Prevenção de acidentes:
    - Asfixia (evitar objectos na cama);
    - Quedas (não deixar a criança sozinha);
    - Queimaduras (temperatura do banho e biberão);
    - Rodoviários **(Anexo 1)**.

Consulta 4º Mês

Avaliação:

- Peso;
- Comprimento;
- Perímetro Cefálico;
- Fontanelas.

Alimentação/Eliminação

- Tipo de leite e horário das refeições;
- Nª dejecções/dia e características.

Desenvolvimento Psicomotor: (Roca)

Postura e Motricidade Global

- Puxado para a posição de sentado a cabeça acompanha o movimento a partir do meio do percurso;
- Em decúbito ventral, levanta activamente a cabeça e os ombros, apoiando-se nos antebraços.

Visão/manipulação

- Mãos habitualmente abertas;
- Segura, por instantes, a roca que lhe é colocada nas mãos;
- Revela prazer em olhar para as mãos. Brinca com elas;
- Em decúbito dorsal segue os objectos com os olhos.

Audição e linguagem

- Vocaliza;
- Manifesta interesse por sons familiares.

Comportamento e adaptação social

- Sorri quando se fala com ele, olhando-o na face.

Sinais de Alarme:

- Não fixa nem segue objectos;
- Não sorri;

- Nunca segue a face humana;
- Não há qualquer controlo da cabeça;
- Mãos sempre fechadas;
- Membros rígidos em repouso;
- Sobressalto com os ruídos;
- Chora e grita quando se lhe toca,
- Pobreza de movimentos.

Educação para a saúde:

- Reacções pós-vacinais ($DTP_2HIB_2VIP_2$);

Agendar Vacina 5 Meses: $MenC_2$

- Lei da protecção da parentalidade (Lei nº 7/2009) **(folheto)**;
- Aleitamento materno **(folheto)**;
- Aleitamento artificial (preparação do leite) **(folheto);**
- Prevenção de acidentes:

✍ Asfixia (evitar brinquedos e almofadas na cama, atenção aos sacos de plástico, não deitar o bebé com babete…);

✍ Quedas (não deixar a criança sozinha);

✍ Aspiração (atenção a objectos pequenos e alimentos);

✍ Queimaduras (temperatura do banho e biberão, não deixar a criança fechada no carro, não expor a criança ao sol);

✍ Rodoviários **(Anexo 1)**.

Consulta 6º Mês

Avaliação:

- Peso;
- Comprimento;
- Perímetro Cefálico;
- Fontanela anterior;
- Despiste de **luxação congénita da anca** (limitação da abdução da anca. No caso de ser unilateral: pregas cutâneas assimétricas e encurtamento de um dos membros inferiores);
- Dentição.

Alimentação/Eliminação

- Tipo de leite e horário das refeições;
- Introdução de novos alimentos, tolerâncias e reacções;
- Nª dejecções/dia e características.

Desenvolvimento Psicomotor:

(Roca)

Motricidade Grosseira - Locomoção

- Controla a cabeça na posição de sentado;
- Em decúbito ventral apoia-se nas mãos e tem os braços em extensão;
- Em pé, sustenta o peso do corpo sobre os membros inferiores, de forma intermitente.

Visão/manipulação

- Preensão palmar dos objectos. Lava-os à boca;
- Olha para os objectos em seu redor, mesmo para os mais pequenos.

Audição e linguagem

- Vocaliza muito;
- Procura fonte sonora (a 30 cm do canal auditivo externo).

Comportamento social

- Ri alto;
- Interessa-se pelo meio ambiente.

Sinais de Alarme:

- Ausência de controlo da cabeça;
- Membros inferiores rígidos e passagem directa à posição de pé quando se tenta sentar;
- Não olha nem pega qualquer objecto;
- Assimetrias;
- Não reage aos sons, não vocaliza, desinteresse pelo ambiente, irritabilidade;
- Estrabismo manifesto e constante.

Educação para a saúde:

- Aleitamento artificial (preparação do leite) **(folheto)**;
- Reacções pós-vacinais ($DTP_3HIB_3VIP_3$ +VHB_3);
- Sono (dorme cerca de 14h30m);
- Introdução de novos alimentos;
- Aparecimento dos primeiros dentes, reacções e sua higiene;

- Prevenção de acidentes:
    - Asfixia (evitar brinquedos e almofadas na cama, atenção aos sacos de plástico, não deitar o bebé com babete…);
    - Quedas (não deixar a criança sozinha);
    - Aspiração (atenção a objectos pequenos e alimentos);
    - Queimaduras (temperatura do banho e biberão, não deixar a criança fechada no carro, não expor a criança ao sol, colocar velas fora do alcance da criança);
    - Rodoviários **(Anexo 1)**;

✍ Intoxicações (certificar-se que a tinta dos móveis e brinquedos não contém chumbo; colocar substâncias tóxicas e plantas fora do alcance da criança; não guardar substâncias tóxicas em recipientes de alimentos;

✍ Lesão Corporal (atenção aos objectos pontiagudos).

<u>Consulta 9º Mês</u>

Avaliação:

- Peso;
- Comprimento;
- Perímetro Cefálico;
- Fontanela anterior;
- Testículos;
- Dentição.

Alimentação/Eliminação

- Tipo de leite;
- Introdução de novos alimentos;
- Horário das refeições (Tolerância);
- Nª dejecções/dia e características.

Desenvolvimento Psicomotor (Roca e papel)

Motricidade Grosseira - Locomoção

- Senta-se sozinho, sem apoio;
- Passa de uma posição para outra (sentado para gatas);
- Sentado, tem equilíbrio quando se inclina para os lados ou para a frente.

Visão/manipulação

- Tenta pegar num pequeno objecto entre o polegar e o indicador (movimento de pinça);
- Transfere objectos de uma mão para a outra;
- Procura o objecto que cai.

Audição e linguagem

- Vocaliza deliberadamente (repete sons ou sílabas);
- Procura fonte sonora.

Comportamento social

- Distingue os familiares dos estranhos;

➢ Lava tudo à boca;
➢ Mastiga.

Sinais de Alarme:

- Não se senta;
- Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição;
- Assimetrias;
- Sem preensão palmar, não leva objectos à boca;
- Não reage aos sons;
- Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização;
- Apático, sem relacionamento com familiares;
- Engasga-se com facilidade;
- Estrabismo.

Educação para a saúde:

- Higiene oral;
- Prevenção de acidentes:

✍ Asfixia (evitar brinquedos e almofadas na cama, atenção aos sacos de plástico, não deitar o bebé com babete…);

✍ Afogamento;

✍ Quedas (Proteger escadas e atenção a roupas compridas);

✍ Queimaduras (lareiras, fornos, fios eléctricos, tolhas mesas compridas, exposição solar);

✍ Intoxicações;

✍ Lesão Corporal (atenção aos objectos pontiagudos, animais, objectos potencialmente cortantes);

✍ Rodoviários **(Anexo I)**.

Consulta 12º Mês

Avaliação:

- Peso;
- Comprimento;
- Perímetro Cefálico;
- Fontanela anterior;
- Dentição.

Alimentação/Eliminação

- Tipo de leite (500ml/dia);
- Regime alimentar e horário das refeições;
- Tolerância e reacções;
- Nª dejecções/dia e características.

Desenvolvimento Psicomotor: (Roca, lenço, cubo e pastilhas coloridas)

Motricidade Grosseira – Locomoção

- Senta-se sem apoio e mantém-se sentado algum tempo;
- Passa de uma posição para outra (sentado, de gatas, em pé);
- Quando sentado, vira-se para agarrar um objecto.

Visão/manipulação

- Pega em objectos pequenos (pastilhas coloridas) entre o polegar e o indicador;
- Larga voluntariamente o objecto e atira-o;
- Procura o objecto escondido.

Audição e linguagem

- Vocaliza abundantemente com diversas entoações.
- Procura fonte sonora.

Comportamento social

- ➢ Imita certos gestos ou mímicas;
- ➢ Sacode a cabeça para dizer "Não";
- ➢ Tenta chamar a atenção;
- ➢ Mastiga.

Sinais de Alarme:

- Não aguenta o peso nas pernas;
- Permanece imóvel, não procura mudar de posição;
- Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão;
- Assimetrias;
- Não responde à voz;
- Não brinca nem estabelece contacto;
- Não mastiga.

Educação para a saúde:

- Aprendizagem de regras sociais (impor limites);
- Higiene oral/Prevenção de cáries;
- Anorexia fisiológica;
- Sono (dorme cerca de 13h/dia);
- Os alimentos potencialmente alergogénicos que se aconselham a partir dos 12 meses: Kiwi, morango, tomate e laranja;
- Desaconselhar:
    - □ Sumos artificiais e gaseificados,
    - □ Doces, salgados, fritos, fumados e enchidos,
    - □ Alimentos demasiado condimentados,
    - □ Fruta com caroços e frutos secos.

Consulta 15º Mês

Avaliação:

- Peso e Comprimento;
- Perímetro Cefálico;
- Fontanela anterior;
- Dentição.

Alimentação/Eliminação

- Tipo de leite (500cc/dia);
- Regime alimentar, horário das refeições;
- Nª dejecções/dia e características.

Educação para a saúde:

- Higiene oral e prevenção de cáries;
- Anorexia fisiológica;
- Desaceleração do crescimento;
- Vacinação: VASPR$_1$ e MenC$_2$;
- Proporcionar relacionamento com outras crianças;
- Informar os pais/tutores sobre o desenvolvimento psíquico (birras, negativismo, afirmação, inquietude);
- Prevenção de acidentes:

□ **Rodoviários:** cadeirinha adequada **(Anexo 1)**; supervisionar a criança enquanto brinca;

□ **Afogamento:** ensinar a criança a nadar, supervisionar a criança quando próxima de fonte de água;

□ **Queimaduras:** evitar tachos no fogão acessíveis à criança, colocar grades nas fontes de calor, colocar fósforos e isqueiros fora do alcance da criança, evitar toalhas compridas, proteger tomadas eléctricas, verificar temperatura da água e alimentos;

□ **Intoxicação:** colocar substâncias tóxicas fora do alcance da criança; não guardar substâncias tóxicas em recipientes de alimentos; administrar medicamentos como tal e nunca como guloseima;

□ **Quedas:** proteger escadas e atenção a roupas compridas e calçado grande;

□ **Aspiração e asfixia:** Evitar pedaços grandes de alimentos, frutas com sementes, peixe com espinhas, pastilhas elásticas, nozes, amendoins;

□ **Lesão corporal:** não dar à criança objectos pontiagudos e cortantes, não deixar a criança correr com objectos na boca, evitar que a criança permaneça junto a animais sem vigilância.

Consulta 18º Mês

Avaliação:

- Peso;
- Comprimento;
- Perímetro Cefálico;
- Fontanela anterior;
- Dentição.

Alimentação/Eliminação

- Tipo de leite (500ml sem açúcar);
- Regime alimentar e horário das refeições;
- Tolerância e reacções;
- Nª dejecções/dia e características;
- Controlo de esfíncteres (?).

Desenvolvimento Psicomotor: (3 cubos, pastilhas, livro)

Motricidade Grosseira – Locomoção

- Anda sozinho;
- Senta-se sozinho numa cadeira pequena.

Visão/manipulação

- Constrói torre de 2-3 cubos;
- Aponta para a imagem com o indicador.

Audição e linguagem

- Compreende ordens simples;
- Palra algumas palavras incompreensíveis.

Comportamento social

- Imita, por exemplo, tarefas domésticas, após desaparecer o modelo;
- Começa a utilizar a chávena e a colher;
- Manifesta a sua vontade.

Sinais de Alarme:

▪ Não se põe em pé, não suporta o peso sobre as pernas;
▪ Anda sempre nas pontas dos pés;
▪ Não pega em nenhum objecto entre o polegar e o indicador;
▪ Assimetrias acentuadas;
▪ Não responde quando o chamam;
▪ Não vocaliza espontaneamente;
▪ Não se interessa pelo que o rodeia;
▪ Não estabelece contacto;
▪ Deita os objectos fora. Leva-os sistematicamente à boca;
▪ Estrabismo.

Educação para a saúde:

▪ Higiene oral e prevenção de cáries;
▪ Desmame do biberão;
▪ Estimular a criança a brincar, desenhar, ler-lhe histórias. Dosear hábitos de TV;
▪ Aprendizagem de regras e rotinas da vida diária;
▪ Vacinação: DTP$_4$Hib$_4$ (reacções pós-vacinais e alertar de que próxima vacina é aos 5/6 anos);
▪ Informar os pais/tutores sobre o desenvolvimento psíquico (birras, negativismo, afirmação, independência, ansiedade de separação);
▪ Sono (dorme cerca de 13h30m);
▪ Prevenção de acidentes: **(ver 15meses)**

Consulta 24º Mês

Avaliação:

- Peso;
- Comprimento;
- Perímetro Cefálico;
- Dentição.

Alimentação/Eliminação

- Tipo de leite;
- Regime alimentar e horário das refeições;
- Tolerância e reacções;
- Nª dejecções/dia e características;
- Controlo dos esfíncteres.

Desenvolvimento Psicomotor: (Bola e Cubos)

Motricidade Grosseira – Locomoção

- Anda sozinho;
- Dá pontapés na bola.

Visão/manipulação

- Constrói torres de 5-6 cubos;
- Coloca cubos na caixa e põe a tampa.

Audição e linguagem

- Compreende ordens simples;
- Palra algumas palavras incompreensíveis.

Comportamento social

- Imita, por exemplo, tarefas domésticas após desaparecer o modelo;
- Reconhece 2-3 partes do corpo;
- Utiliza chávena e colher;
- Manifesta a sua vontade.

Sinais de Alarme:

- Não anda;
- Assimetrias acentuadas;
- Deita os objectos fora e não constrói nada;
- Não parece compreender o que se lhe diz;
- Não pronuncia palavras inteligíveis;
- Não se interessa pelo que está ao redor;
- Não estabelece contacto;
- Não procura imitar.

Educação para a saúde:

- Higiene oral e prevenção de cáries;
- Sono (dorme cerca de 13h/dia);
- Estimular a linguagem;
- Controlo esfíncteres;
- Realizar desmame da chupeta e biberão;
- Prevenção de acidentes: **(ver 15 meses)**.

Consulta dos 3 Anos

Avaliação:

- Peso;
- Estatura;
- Perímetro Cefálico;
- Dentição.

Alimentação

- Regime e reacções alimentares.

Desenvolvimento Psicomotor: (9 cubos, cores, lápis e papel)

Motricidade Grosseira – Locomoção

- Equilíbrio momentâneo num pé;
- Sobe escadas alternadamente;
- Desce escadas com os dois pés no mesmo degrau.

Visão/manipulação

- Constrói torres de 9 cubos;
- Imita a ponte de 3 cubos. Copia o círculo e a cruz;
- Combina 2 cores (geralmente vermelho e amarelo. Confunde o azul e o verde).

Audição e linguagem

- Diz o nome completo e o sexo;
- Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos;
- Defeitos de articulação e imaturidade da linguagem.

Comportamento social

- Pode despir-se só se lhe desabotoarem o vestuário;
- Vai sozinha ao wc;
- Come com colher e garfo.

Educação para a saúde:

- Higiene oral e prevenção de cáries;
- Temperamento (birras, negativismo, ciúmes, rivalidade, angustia de separação;
- Relacionamento com outras crianças, descoberta do sexo, disciplina, estimular criatividade);
- Prevenção de acidentes: **(ver 15 meses)**.

Consulta dos 4 Anos

Avaliação:

- Peso, Estatura e IMC;
- TA;
- Dentição.

Alimentação

- Regime e reacções alimentares.

Desenvolvimento Psicomotor: (6 cubos e cores)

Motricidade Grosseira – Locomoção

- Mantém-se em equilíbrio primeiro num pé, depois no outro (3-5seg);
- Salta ao pé-coxinho;
- Sobe e desce escadas alternadamente.

Visão/manipulação

- Copia a cruz;
- Constrói escada de 6 cubos;
- Combina e nomeia 4 cores básicas.

Audição e linguagem

- Sabe o nome completo, idade, sexo e habitualmente a morada;
- Linguagem compreensível;
- Apenas algumas substituições infantis.

Comportamento social

- Pode vestir-se e despir-se com a excepção de abotoar atrás e dar laços;
- Gosta de brincar com crianças da sua idade;
- Sabe esperar pela sua vez.

Sinais de Alarme:

▪ Hiperactivo, distraído, dificuldades de concentração;
▪ Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez;
▪ Estrabismo ou suspeita de défice visual;
▪ Perturbação do comportamento.

Educação para a saúde:

▪ Temperamento, relacionamento com outras crianças, disciplina;
▪ Sono (dorme cerca de 1h30m/noite);
▪ Higiene oral e prevenção de cáries;
▪ Brincar e desenhar, estimular a criatividade. Regular hábitos de ver TV (max. 1h/dia);
▪ Prevenção de acidentes (ver consulta 15 meses).

Consulta dos 5/6 Anos

Avaliação:

- Peso, Estatura e IMC;
- TA;
- Dentição.

Alimentação

- Regime e reacções alimentares.

Desenvolvimento Psicomotor: (10 cubos, cores, lápis e papel)

Motricidade Grosseira – Locomoção

- Fica num pé 3-5seg com os braços dobrados sobre o tórax;
- Salta alternadamente num pé.

Visão/manipulação

- Copia o quadrado e o triângulo;
- Constrói 4 degraus com 10 cubos;
- Conta 5 dedos de uma mão;
- Nomeia 4 cores.

Audição e linguagem

- Sabe o nome completo, idade, sexo, morada e habitualmente a data de nascimento;
- Vocabulário fluente e articulação geralmente correcta;
- Pode haver confusão nalguns sons.

Comportamento social

- Veste-se sozinho;
- Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho;
- Escolhe os amigos;
- Compreende regras do jogo.

Sinais de Alarme:

- Hiperactivo, distraído, dificuldades de concentração;
- Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez;
- Estrabismo ou suspeita de défice visual;
- Perturbação do comportamento.

Educação para a saúde:

- Alimentação;
- Vacinação dos 5 anos: DTP_5VIP_4 + $VASPR_2$;

Alertar para a próxima vacina: 10anos

- Prevenção de acidentes e promoção de segurança (rua, casa, caminho para a escola, quedas, queimaduras e afogamento);
- Hábitos de sono (dorme cerca de 11h/noite);
- Enurese nocturna;
- Preparação da entrada para a escola (ficha de ligação);
- Hábitos de ver TV, brincar, desenhar, leitura;
- Higiene oral e prevenção de cáries;
- Exercício físico e estimulo intelectual.

Consulta dos 7/8 Anos

Avaliação:

- Peso;
- Estatura;
- TA;
- IMC.

Tópicos de Ajuda:

- Hábitos de higiene;
- Higiene oral e prevenção de cáries;
- Alimentação e exercício físico;
- Actividades de lazer e escola;
- Acidentes e segurança (caminho para a escola).

Consultas dos 10 aos 15 Anos

Avaliação:

- Peso;
- Estatura;
- TA;
- IMC.

Focos de Atenção:

- Vacinação (Td 10 anos; HPV - meninas);
- Visão;
- Puberdade;
- Sinais/Sintomas de Alerta:
    - Alimentação desequilibrada;
    - Perturbações da imagem corporal;
    - Comportamentos de risco;
    - Ideações suicidas.
- Desenvolvimento:
    - Impulsividade, egocentrismo, flutuações do humor;
    - Construção da Identidade pessoal e social, Autonomização progressiva;
    - Capacidade de lidar com impulsos, medos, ansiedade e frustração.

Tópicos de Ajuda:

- Puberdade;
- Alimentação;
- Prática desportiva;
- Saúde Oral;
- Escola, Família, Amigos;
- Tempos Livres;
- Sexualidade;
- Consumos nocivos/riscos;
- Segurança/Acidentes.

Consulta dos 18 Anos

Avaliação:

- Peso;
- Estatura;
- TA;
- IMC;

Focos de Atenção:

- Visão;
- Sinais/Sintomas de Alerta:
    - Alimentação desequilibrada;
    - Perturbações da imagem corporal;
    - Comportamentos de risco;
    - Ideações suicidas.
- Desenvolvimento:
    - Impulsividade, egocentrismo, flutuações do humor;
    - Construção da Identidade pessoal e social, Autonomização progressiva;
    - Capacidade de lidar com impulsos, medos, ansiedade e frustração.

Tópicos de Ajuda:

- Alimentação;
- Prática desportiva;
- Escola, Família, Amigos;
- Tempos Livres;
- Sexualidade;
- Consumos nocivos/riscos;
- Segurança/Acidentes.

ANEXOS

Anexo I

DISPOSITIVOS DE RETENÇÃO [1]

Grupos de aprovação definidos pelas normas europeias consoante o peso da criança

GRUPO	PESO	IDADE (APROX.)	POSIÇÃO DA CADEIRA	LUGAR
0	Até 10 kg	Até 1 ano	VT	BF* ou BT
0+	Até 13 kg	Até 18-24 meses	VT	BF* ou BT
I	9-18 kg	1-4 anos	VT ou VF	BF* ou BT
II	15-25 kg	3-6 anos	VF	BF* ou BT
III	22-36 kg	5 –12 anos	VF	BF* ou BT

VT - Voltado para trás; VF - Voltado para a frente;
BF - Banco da Frente (*se não tiver *airbag*); BT – Banco de trás

Fonte: Saúde Infantil e Juvenil: Programa tipo de actuação. DGS. P: 24.

Anexo 2

Contactos Úteis

Centro de Saúde de São Martinho………………... 239802900
CIAV……………………………………………. 808250143
INEM……………………………………………………. 112
Linha de Saúde 24………... 808242424 http://www.saude24.pt
Linha SOS – Deixar de Fumar……………………...…808208888
Linha SOS Grávida…………………………….....808201139
Linha Vida - SOS Droga……………………….………1414
Sexualidade em linha……………………………….808222003

Bibliografia:

- **DGS** – Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação. 2ª Edição. Lisboa: DGS, 2002. ISBN 972-675-084-9.

- Guia orientador da consulta de Enfermagem de saúde infantil e juvenil da unidade local de saúde de Matosinhos.

- **HOCKENBERRY**, Marilyn et al – Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2006. ISBN 85-352-1918-8.

- **DGS** [em linha]. (2009) [consult. 13 Novembro 2009]. Disponível em WWW: URL: http://dgs.pt

- **Portal da Saúde** [em linha]. (2009) [consult. 18 Novembro 2009]. Disponível em WWW: URL: http://min-saude.pt/Portal/Conteudos/linhas/contactos+de+apoio/

Realizado por:
Ana Cláudia de Oliveira Roça
Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa

Sob orientação da Enfermeira Ilda Duarte

ANEXO III – FOLHETO “OBESIDADE INFANTIL”

Realizado por:
Ana Cláudia de Oliveira Roça
Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa

Serviço de Pediatria – Hospital de Entre Douro e Vouga, EPE (Unidade São Sebastião)
Director de Serviço: Prof. Dr. Rui Carrapato;
Enf. Chefe: Enfª Celina Capela

Obesidade é uma doença em que existe excesso de gordura corporal acumulada, capaz de provocar problemas de saúde. (OMS, 2002)

Factores de risco:

- Doenças endócrinas.
- Hereditariedade.
- Factores sociais, familiares e psicológicos.
- Dieta.
- Sedentarismo.
- Alimentação e exercício físico desajustado.

Complicações:

- Diabetes não insulinotratada.
- Doenças cardiovasculares.
- Alterações no padrão de sono.
- Problemas osteoarticulares.
- Doenças do comportamento alimentar.
- Problemas respiratórios.
- Perturbações na puberdade.
- Baixa auto-estima e estigma social.

Prevenção/Tratamento:

Algumas dicas alimentares:

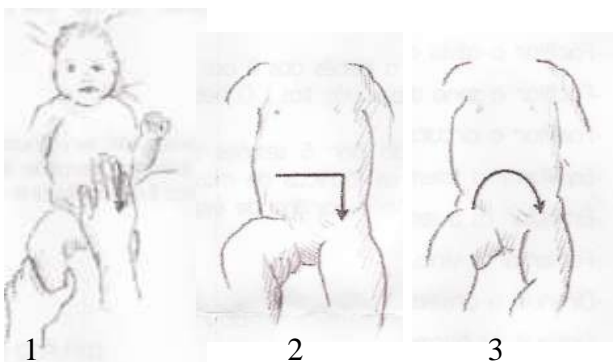
- Evitar estar mais de 3 horas e meia sem comer, fazendo 5 a 7 refeições diárias.
- Amamentação com leite materno, pelo menos, até aos seis meses de idade.
- Não esquecer o pequeno-almoço.
- Consumir sempre sopa no início do almoço e do jantar.
- Guarnecer sempre o segundo prato com produtos hortícolas.
- Evitar consumir bolos, refrigerantes e outros produtos açucarados.
- Preferir comer mais vezes peixe do que carne, retirando-lhes peles e gorduras visíveis.
- Preferir carne de aves a carnes vermelhas.
- Preferir cozinhados pobres em gordura.

ANEXO IV – FOLHETO “O SEU BEBÉ TEM CÓLICAS: SAIBA COMO O ALIVIAR!”

Já ouvi falar que a massagem da barriguinha do bebé alivia as cólicas. Como é que a posso fazer?

Deve realizar a massagem num local calmo e aquecido. As mãos devem ter óleo para que escorreguem melhor. Pode realizar massagem no sentido dos ponteiros do relógio.

Pode realizar alguma compressão das coxas do bebé contra o abdómen;

Diga-lhe que o ama em inglês "I love you"!

Não se esqueça:

As cólicas são um problema natural e transitório, não afectam o desenvolvimento do bebé e não têm qualquer consequência grave.

Fonte:
HOCKENBERRY, Marilyn et al – Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª Edição. Rio de Janeiro.: Elsevier Editora Ltda, 2006. ISBN 85-352-1918-8.

Realizado por:
Ana Cláudia de Oliveira Roça
Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa

Sob orientação da Enfermeira Ilda Duarte

O SEU BEBÉ TEM CÓLICAS?

Saiba como o aliviar!

Centro de Saúde de São Martinho do Bispo
2009

Cólicas? O que são?

As cólicas são dores abdominais paroxísticas.

Como sei que o meu bebé tem cólicas?

As cólicas habitualmente manifestam-se por um choro alto e movimentações das pernas para o abdómen.

E como posso distinguir o choro de fome e o choro de dor?

Os "timings" da dor são diferentes: o choro de fome acontece antes do bebé ser alimentado, enquanto que o bebé com cólicas chora enquanto está a ser alimentado, ou pouco depois.

Por que razão o meu bebé tem cólicas?

Há várias causas que levam a que o bebé possa ter cólicas:

- ☐ Alimentar-se muito rápido;
- ☐ Excesso de alimentos;
- ☐ Deglutição de ar em excesso (habitualmente por má pega na mama ou tetina de biberão demasiadamente grande);
- ☐ Tensão emocional entre a criança e a mãe;
- ☐ Alergia ou intolerância a alimentos ingeridos pela mãe (caso seja amamentado) ou ao leite de fórmula;
- ☐ Hábitos tabágicos da mãe;
- ☐ Deficiência de lactase (enzima que degrada a lactose – açúcar natural do leite).

Como é que o meu bebé deve mamar para que não degluta ar?

O bebé deve abocanhar não só o mamilo mas também a aréola e a sucção deve ser lenta e profunda.

Quais os alimentos que eu ingiro que mais provocam cólicas no meu bebé?

Alimentos condimentados, produtos com trigo, frutos secos, morangos, vegetais crucíferos (por ex. couve, brócolos e couve-flor), alho, cafeína, tabaco e álcool. Para ver se algum destes alimentos está a causar desconforto no bebé, evite-os todos durante alguns dias. Se o bebé parecer melhorar, reintroduza novamente um alimento de cada vez, com intervalos de alguns dias até introduzir o seguinte. Se o bebé começar a queixar-se de novo depois de recomeçar a tomar um determinado alimento, então descobriu a substância que causa a irritação.

E como possa aliviar as cólicas?

- ☐ Investigação das causas orgânicas;
- ☐ Estimulação do ânus com uma sonda de gases ou mesmo com a extremidade de um cotonete;
- ☐ Produtos para reduzir a cólica infantil: gel rectal, supositórios de glicerina e apresentações orais;
- ☐ Colocação do bebé de barriga para baixo no colo enquanto se esfrega ou dá palmadinhas nas costas do bebé, já que pode ajudar a aliviar parte da pressão do estômago;
- ☐ Pegue no bebé e fale com ele, embale-o ou aconchegue-o. Alguns bebés com cólicas gostam simplesmente de se manter em movimento;
- ☐ Tente mudar de ambiente. Pode ser útil levar o bebé a passear. O ar fresco e o ritmo dos movimentos podem acalmá-lo e fazer com que adormeça;
- ☐ Depois de dar de comer, pôr a arrotar;

- ☐ Evite fumar perto do bebé;
- ☐ Musicoterapia.

ANEXO V – FOLHETO “ALEITAMENTO ARTIFICIAL”

- Tire a tampa e coloque a tetina.
- Verifique a temperatura do leite, deixando cair umas gotas na face anterior do punho.

COMO DAR O BIBERÃO AO BEBÉ?

- Sente-se comodamente.
- Coloque o bebé ao seu colo, numa posição semi-sentada como quando é amamentado ao peito.
- O biberão deve estar inclinado de modo a que a tetina fique totalmente preenchida por leite e dentro da boca do bebé.
- Não deve deixar entrar ar – provoca cólicas ou o bolçar no bebé.
- O bebé deve arrotar a meio e no final da mamada.
- Deite fora o leite que sobrou e passe o biberão e a tetina por água.
- Ferva o biberão e a tetina e conserve até à próxima toma.

NOTA: Esta é a técnica mais económica e tradicional de "esterilizar" biberões. Existem outras.

Para qualquer esclarecimento contacte o Centro de Saúde (239 802900)

Realizado por:
Ana Cláudia de Oliveira Roça
Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa

Sob orientação da Enfermeira Ilda Duarte

ALEITAMENTO ARTIFICIAL

Higiene e preparação do biberão

Centro de Saúde de São Martinho do Bispo
2009

CUIDADOS A TER NA PREPARAÇÃO DO BIBERÃO:

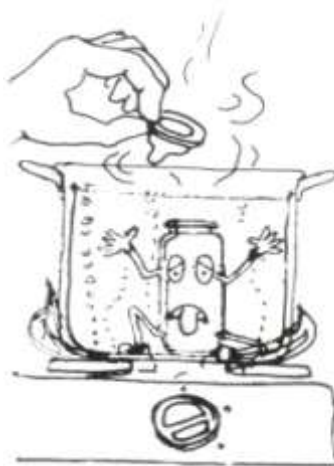
Lave bem as mãos antes de preparar o biberão.

Lavagem:

Lave o biberão com um escovilhão utilizando água quente e liquido da louça. No final, tenha o cuidado de passar muito bem por água corrente. Lave também as tetinas.

Fervura em panela:

- Coloque o biberão numa panela com água, de modo a ficar todo mergulhado. Após 10 minutos de fervura junte a tetina, deixando ferver durante mais 5 minutos.

- Após a fervura escorra a água.

Conservação:

- Conserve os biberões e tetinas em local apropriado para que fiquem protegidos da sujidade.

COMO PREPARAR O LEITE:

- Ferva a água para vários biberões durante dez minutos e guarde numa garrafa térmica. Caso não haja essa possibilidade, pode utilizar água engarrafada (não precisa de a ferver);
- Deite primeiro no biberão a quantidade de água necessária (nunca a ferver).

- Junte as medidas de leite em pó, rasas, numa proporção de 1 medida de leite para 30 ml de água.

- Feche o biberão com a tampa e agite até dissolver bem.

ANEXO VI – FOLHETO “ALEITAMENTO MATERNO”

- Ao amamentar leve o bebé à mama e não o oposto;
- Para uma boa pega do bebé à mama, a boca deve estar bem aberta, o nariz liberto, o queixo encostado à mama e o lábio inferior vê-se voltado para fora. O bebé deve abocanhar o mamilo e parte da aréola;

- Deixe a primeira mama esvaziar-se antes de oferecer a segunda e na mamada seguinte comece pela mama que ofereceu em último lugar na mamada anterior;
- Amamente até que o bebé largue espontaneamente a mama;
- Após a mamada coloque o bebé em posição vertical por alguns minutos para que arrote.

Como armazenar o leite extraído:

Logo que possível coloque o leite materno no frigorífico (no fundo), num recipiente próprio (pode comprar em farmácias), onde pode permanecer por 24 horas. Se preferir pode congelá-lo por um período máximo de 3 meses (a-19ºC).

Como descongelar e aquecer o leite materno:

Para descongelar, retire o leite do congelador (deve gastar o mais antigo primeiro) e coloque-o no frigorífico. Se preferir amornar o leite coloque-o em água quente corrente por breves minutos.

O microondas não é permitido.

Antes de oferecer o leite ao bebé, verifique a temperatura na região anterior do seu punho.

Para qualquer esclarecimento contacte o Centro de Saúde (239 802900)

Fonte:

- **HOCKENBERRY**, Marilyn et al – Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª Edição. Rio de Janeiro.: Elsevier Editora Ltda, 2006. ISBN 85-352-1918-8.
- **DGS** [em linha]. (2009) [consult. 13 Novembro 2009]. Disponível em WWW: URL: http://dgs.pt
- em linha]. (2009) [consult. 18 Novembro 2009]. Disponível em WWW: URL: http://leite materno.org

Realizado por:
Ana Cláudia de Oliveira Roça
Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa

Sob orientação da Enfermeira Ilda Duarte

ALEITAMENTO MATERNO

Centro de Saúde de São Martinho do Bispo
2009

A OMS recomenda a amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida e só depois disso introduzir novos alimentos.

O aleitamento materno apresenta vantagens tanto para a mãe como para o bebé:

Vantagens para o bebé:

- Proporciona uma nutrição superior;
- É o único leite para bebés, sem excesso de proteínas;
- É o único leite para bebés com gordura poli-insaturada;
- Fornece água necessária para uma adequada hidratação;
- Reforça o vínculo entre a mãe e filho;
- Protege o bebé de infecções, alergias e outras doenças, principalmente, diarreia, otites e infecções respiratórias;
- Reduz o risco do aparecimento de cáries, hipertensão arterial, obesidade, doença cardiovascular, diabetes, doença inflamatória do intestino, alguns tipos de cancro e outras doenças crónicas;
- É o único leite para bebés com nucleótidos fundamentais para o cérebro;
- Não tem caseína que pode ser tóxica para o cérebro.

Vantagens para a mãe:

- Facilita a perda do peso ganho durante a gravidez;
- Quando o bebé mama produz-se uma hormona responsável pela contracção uterina, o que leva a que o útero volte ao seu tamanho e reduz ainda a probabilidade de hemorragias;
- Diminui o risco de aparecimento de osteoporose, cancro da mama, ovário e endométrio (útero);
- Amamentar fortalece o vínculo entre mãe e filho;
- É mais prático e económico! Está sempre pronto a tomar e não requer preparação prévia nem utilização de biberões;
- As crianças alimentadas com leites artificiais adoecem mais frequentemente, e por isso as famílias têm gastos adicionais não só com a compra dos leites, mas também com as despesas de saúde.

É importante saber que:

- Nos primeiros dias é produzido um leite amarelado chamado colostro, muito concentrado e de elevado valor biológico. É muito forte em proteínas e comporta-se como uma vacina, já que contém anticorpos produzidos pela mãe que protegem de imediato o recém-nascido;
- A mãe modifica lentamente a composição do leite. Só cerca de 15 dias após o parto haverá leite "maduro";
- O que estimula a produção de mais leite é o bebé a mamar, principalmente nos períodos de maior descanso da mãe (noite). Quanto mais ele mamar, mais leite terá;
- Até ao 6º mês de vida os bebés amamentados em horário livre só necessitam de leite materno, não necessitando de água, chás ou sumos, mesmo em dias de muito calor;
- Durante a mamada, o primeiro leite é mais aguado servindo para saciar a sede do bebé e o último é mais rico em gordura, o que fará com que o seu bebé ganhe peso.

Cuidados a ter durante a amamentação:

- Antes de amamentar deve lavar cuidadosamente as suas mãos;
- Procure amamentar numa posição confortável, mantendo o alinhamento corporal. Use, por exemplo, uma almofada para apoiar o seu braço.
- Posicione o bebé voltado de frente para si (barriga com barriga);
- Não pressione a sua mama para evitar bloquear os ductos mamários;

ANEXO VII – FOLHETO "NOVA LEI DA PARENTALIDADE"

ARTIGO 44.º
Licença por adopção.

1 — Em caso de adopção de menor de 15 anos, o candidato a adoptante tem direito à licença referida nos nºs 1 ou 2 do artigo 40.º

2 — No caso de adopções múltiplas, o período de licença referido no número anterior é acrescido de 30dias por cada adopção além da primeira.

2 — Após o gozo da licença prevista no número anterior, o pai tem ainda direito a 10 dias úteis de licença, seguidos ou interpolados, desde que gozados em simultâneo com o gozo da licença parental inicial por parte da mãe.

ARTIGO 47.º
Dispensa para amamentação ou aleitação.

1 — A mãe que amamenta o filho tem direito a dispensa de trabalho para o efeito, durante o tempo que durar a amamentação.

2 — No caso de não haver amamentação, desde que ambos os progenitores exerçam actividade profissional, qualquer deles ou ambos, consoante decisão conjunta, têm direito a dispensa para aleitação, até o filho perfazer um ano.

3 — A dispensa diária para amamentação ou aleitação é gozada em dois períodos distintos, com a duração máxima de uma hora cada, salvo se outro regime for acordado com o empregador.

Para qualquer esclarecimento contacte o Centro de Saúde (239 802900)

Fonte: **Diário da república electrónico** [em linha]. (2009) [consult. 13 Novembro 2009]. Disponível em WWW: URL: http://dre.pt/pdf1sdip/2009/02/03000/0092601029.pdf

Realizado por:
Ana Cláudia de Oliveira Roça
Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa

Sob orientação da Enfermeira Ilda Duarte

NOVA LEI DA PARENTALIDADE

(Lei nº 7/2009)

Centro de Saúde de São Martinho do Bispo
2009

ARTIGO 37.º

Licença em situação de risco clínico durante a gravidez.

1 – Em situação de risco clínico para a trabalhadora grávida ou para o nascituro, impeditivo do exercício de funções, independentemente do motivo que determine esse impedimento e esteja ou não relacionado com as condições de prestação do trabalho, caso o empregador não lhe proporcione o exercício de actividade compatível com o seu estado e categoria profissional, a trabalhadora tem direito a licença, pelo período de tempo que por prescrição médica for considerado necessário para prevenir o risco, sem prejuízo da licença parental inicial.

ARTIGO 38.º

Licença por interrupção da gravidez.

1 — Em caso de interrupção da gravidez, a trabalhadora tem direito a licença com duração entre 14 e 30 dias.

2 — Para o efeito previsto no número anterior, a trabalhadora informa o empregador e apresenta, logo que possível, atestado médico com indicação do período da licença.

ARTIGO 40.º

Licença parental inicial.

1 - A mãe e o pai trabalhadores têm direito, por nascimento de filho, a licença parental inicial de 120 ou 150 dias consecutivos, cujo gozo podem partilhar após o parto, sem prejuízo dos direitos da mãe a que se refere o artigo seguinte.

2 — A licença referida no número anterior é acrescida em 30 dias, no caso de cada um dos progenitores gozar, em exclusivo, um período de 30 dias consecutivos, ou dois períodos de 15 dias consecutivos, após o período de gozo obrigatório pela mãe a que se refere o n.º 2 do artigo seguinte.

3 — No caso de nascimentos múltiplos, o período de licença previsto nos números anteriores é acrescido de 30 dias por cada gémeo além do primeiro.

4 — Em caso de partilha do gozo da licença, a mãe e o pai informam os respectivos empregadores, até sete dias após o parto, do início e termo dos períodos a gozar por cada um, entregando para o efeito, declaração conjunta.

5 – Em caso de internamento hospitalar da criança ou do progenitor que estiver a gozar a licença prevista nos nºs 1,2 ou 3 durante o período após o parto, o período de licença suspende-se, a pedido do progenitor, pelo tempo de duração do internamento.

Artigo 41.º

Períodos de licença parental exclusiva da mãe.

1- A mãe pode gozar ate 30 dias da licença parental inicial antes do parto.

2 – É obrigatório o gozo, por parte da mãe, de 6 semanas de licença a seguir ao parto.

ARTIGO 43.º

Licença parental exclusiva do pai.

1 — É obrigatório o gozo pelo pai de uma licença parental de 10 dias úteis, seguidos ou interpolados, nos 30 dias seguintes ao nascimento do filho, cinco dos quais gozados de modo consecutivos imediatamente a seguir a este.

ANEXO VIII – ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE "HIGIENE ORAL E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL"

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

TEMA: "Higiene oral e alimentação saudável"

FINALIDADE: Aumentar os conhecimentos sobre alimentação saudável e hábitos de higiene oral.

OBJECTIVO GERAL: Informar as crianças sobre hábitos alimentares saudáveis e cuidados de higiene orais.

POPULAÇÃO ALVO: Crianças de 3, 4 e 5 anos do Jardim-de-infância

REALIZADO POR: Ana Cláudia Roça, Enfª Ilda Duarte e Higienista Oral Olga Alves

LOCAL: Jardim-de-infância S. Bento; **DATA:** 24/11/2009; **HORA:** 11h00m; **DURAÇÃO PREVISTA:** 30 minutos

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS		AVALIAÇÃO
		MÉTODOS	**RECURSOS**	**IMEDIATA**
1. Que as crianças de 3, 4 e 5 anos compreendam quais os alimentos mais saudáveis; 2. Que as crianças compreendam a importância de escovar os dentes.	1.1. Informação sobre a importância do pequeno-almoço; 1.2. Informação sobre a periodicidade das refeições; 1.3. Educação sobre alimentos mais e menos saudáveis. 2.1. Abordagem sobre a importância da higiene oral e técnica de escovagem dos dentes.	• Teatro; • Método demonstrativo; • Método participativo.	• Fantoches; • Fantocheiro; • Escovas de dentes; • Pastas de dentes.	Participação e interesse das crianças durante a sessão.

Teatro "Higiene Oral e Alimentação saudável"

Personagens: Senhora Professora, Maria e João.

Professora: Meninos vão lavar as mãos. Chegou a hora do almoço!

João: Almoço? Que bom, estou com muita fome!

Maria: Tens muita fome porque não tomas o pequeno-almoço e no intervalo só comes um chocolate! A minha mãe diz que não se pode sair de casa sem comer. É muito perigoso. Podemos sentir-nos muito mal.

João: Mas eu de manhã tenho muito sono. Não tenho tempo para comer!

Professora: Pois João, mas o pequeno-almoço é uma refeição muito importante. Dá-nos energia para o dia! E o chocolate não serve de pequeno-almoço. Devemos comer pão e leite ao acordar e a meio da manhã 1 iogurte e duas bolachas Maria ou meio pãozinho! Ah, e não devemos passar mais de 3 horas sem comer.

João: Está bem, vou pedir à minha mãe para me acordar mais cedo para ter tempo de comer e também lhe vou pedir alimentos saudáveis para trazer para a escola. Ai, mas agora estou com tanta fome... espero que o almoço seja batatas fritas com hambúrguer!

Maria: Sabes que batatas fritas e hambúrgueres só se devem comer em dias de festa? Fazem mal à nossa saúde, porque são fritos. Se comermos muitos fritos ficamos gordos e doentes! Oh, João, tu só gostas de comer coisas que te fazem mal!... Já reparaste que alimentos como o leite, os iogurtes, a sopa, a fruta, que nos fazem tão bem e de que precisamos para crescer, tu não comes? E raramente comes peixe!...

João: Sim, a senhora professora já explicou isso, mas hoje não me apetece comer sopa, está bem, senhora professora?

Professora: Não, Joãozinho. A sopa é muito importante porque tem muitos legumes e os legumes têm vitaminas. Devemos sempre comer sopa às refeições.

Maria: Eu gosto muito de sopa. A minha mãe diz que faz muito bem. João tenho sede... Vou beber água.

João: Ai, eu não. Eu quero Coca-Cola!

Professora: João, não há Coca-cola na escola. Não é saudável, porque tem muito açúcar.

João: Pois é docinha... Por isso é que eu gosto! E também gosto muito de comer mousse de chocolate... É tão bom! Mas aqui só dão fruta como sobremesa...

Professora: Podes comer mousse de chocolate, mas só em dias especiais. A fruta deve ser comida diariamente, pelo menos, 2 peças por dia.

Maria: Oh João, o meu primo Tiago comia muitos gelados e chocolates... Também bebia muita Coca-cola e não comia fruta... E sabes o que lhe aconteceu? Ficou muito gordo e os dentes dele ficaram muito estragados! Em minha casa, os meus pais não fazem fritos, comemos muito peixe e legumes. Ah e escovo os meus dentes depois das refeições e antes de ir para a caminha... não quero ficar como o meu primo Tiago...

João: Escovar os dentes? Para quê?

Professora: Tal como a Maria disse é muito importante escovar os dentinhos. Vou-vos ensinar:
Devem utilizar uma escovinha muito macia (que será só vossa) e um pouquinho de pasta de dentes. Mas não devem engolir a pasta!

1º vamos escovar os dentinhos de baixo: Por fora: à esquerda, agora à frente e depois à direita. Agora por dentro.

Agora os de cima.

E por fim, a língua.

Passa a boca por água limpa, sem engolir.

João: Obrigada, senhora professora. Aprendi muito hoje na escola. Aprendi que não se deve comer fritos, doces e sumos. Só em festas. Aprendi também que o pequeno-almoço é muito importante.

Maria: E não te esqueças de comer sopa sempre ao almoço e jantar e de escovar os dentinhos depois das refeições, sem engolir a pasta de dentes!

Professora: Até amanhã, meninos! Agora vão para casa lanchar para terem força para brincar! Amanhã vou falar-vos do quanto é importante fazer ginástica para sermos saudáveis.

ANEXO IX – ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “ACIDENTES FREQUENTES COM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: PREVENÇÃO E PRIMEIROS SOCORROS”

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

TEMA: "Acidentes frequentes com crianças em idade pré-escolar: prevenção e primeiros socorros"

FINALIDADE: Aumentar os conhecimentos sobre os acidentes mais frequentes com crianças em idade pré-escolar, sua prevenção e actuação em caso de acidente, em contexto de jardim-de-infância.

OBJECTIVO GERAL: Orientar para a actuação mais correcta em caso de acidentes.

POPULAÇÃO ALVO: Educadores de infância e auxiliares do Jardim-de-infância S. Bento e pais das crianças.

REALIZADO POR: Ana Cláudia Roça e Enfermeira Ilda Duarte

LOCAL: Jardim-de-infância S. Bento;

DURAÇÃO PREVISTA: 60 minutos

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS		AVALIAÇÃO
		MÉTODOS	**RECURSOS**	**IMEDIATA**
1.1. Que os educadores/auxiliares e pais compreendam quais os acidentes mais frequentes com crianças em idade pré-escolar, em contexto de jardim-de-infância; 2. Que os educadores/auxiliares e pais compreendam os cuidados a ter na prevenção de acidentes. 3. Que os educadores/auxiliares e pais compreendam os cuidados imediatos a ter em caso de acidente.	1.1. Informação sobre os acidentes mais frequentes com crianças em idade pré-escolar em contexto de jardim-de-infância; 1.2. Informação sobre prevenção de acidentes infantis, em contexto de jardim-de-infância; 1.3. Formação sobre cuidados imediatos à vítima em caso de acidente, em contexto de jardim-de-infância. 1.4. Temas a abordar: 1. Caixa de primeiros socorros: o que deve conter;	• Método expositivo; • Método participativo.	• Data Show; • Power-Point; • Computador.	• Participação e interesse dos profissionais e pais durante a sessão.

	2. Quedas; 3. Queimaduras: térmicas, eléctricas e químicas; 4. Feridas; 5. Desmaio; 6. Intoxicações: medicamentos, alimentares, tóxicas e por inalação; 7. Epistáxis; 8. Mordeduras e picadas; 9. Convulsão; 10. Crise de asma; 11. Corpos estranhos: olhos, ouvidos, nariz e obstrução das vias aéreas.			

ACIDENTES FREQUENTES COM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: PREVENÇÃO E PRIMEIROS SOCORROS

Centro de Saúde de São Martinho do Bispo

"A criança deverá estar sempre em primeiro lugar entre aqueles que recebem protecção e auxílio"

Declaração da ONU sobre os direitos da Criança

Durante a infância, as crianças estão susceptíveis a inúmeras situações de risco que podem originar sérios acidentes.

Não podemos restringir as suas oportunidades de brincar, de explorar novos ambientes, de criar, de ousar, o que prejudicaria o seu desenvolvimento. Porém, protegê-las da ocorrência de acidentes é dever de todos.

TEMAS A ABORDAR:

- Caixa de primeiros socorros: o que deve conter;
- Quedas;
- Queimaduras: térmicas, eléctricas e químicas;
- Feridas;
- Desmaio;

- Intoxicações: medicamentos, alimentares, tóxicas e por inalação;
- Epistáxis;
- Mordeduras e picadas;
- Convulsão;
- Crise de asma;
- Corpos estranhos: olhos, ouvidos, nariz e obstrução das vias aéreas.

CAIXA DE PRIMEIROS SOCORROS

-Álcool

-Antisséptico (Bétadine®)

-Água oxigenada

-Soro Fisiológico (embalagens individuais)

-Luvas

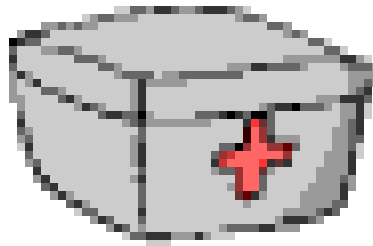
-Sabão

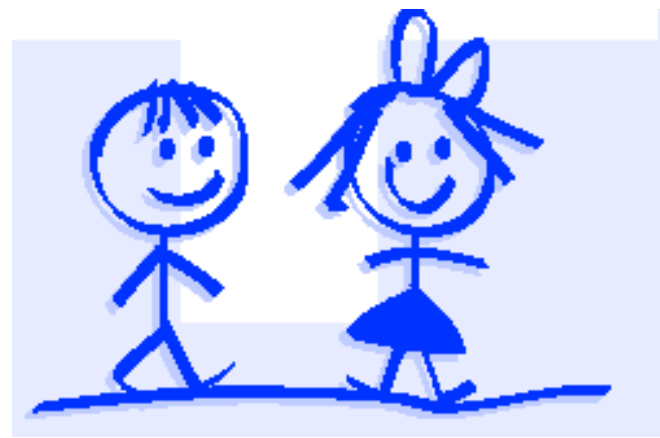
-Compressas individualizadas

-Pensos rápidos

-Ligaduras

-Tesoura

-Adesivo.

Dos 3 aos 5 anos

Têm prazer por situações de perigo: correm nas escadas, sobem a árvores, ficam em pé em muros altos, sentem-se atraídas por objectos perigosos (materiais cortantes e pontiagudos, fósforos e isqueiros). Brincam com certa violência com os seus brinquedos. Brincam mais com bicicletas, patins, skates. Gostam de provar tudo!

1. QUEDAS

DEVE:

- Acalmar a vítima;
- Observar traumatismos;
- Manter a temperatura corporal adequada;
- Actuar de acordo com a lesão:
    - Se criança politraumatizada não mobilizar a vítima e contactar 112.
    - Se aparentemente a criança está bem, aplicar gelo nos traumatismos, devidamente protegido e em intervalos de 10 minutos.

VIGILÂNCIA:

Vómitos, sonolência, confusão, estado de consciência, alteração da fala…

PREVENÇÃO:

- Ensinar a criança a subir e descer escadas;
- Utilizar limitadores de abertura de janelas e barreiras de segurança para escadas;
- Em parques de baloiços, não deixar que a criança circule junto a baloiços em movimento;
- Evitar tapetes que possam desencadear quedas;
- Evitar encerar o chão;
- O chão deve estar sempre seco.

2. QUEIMADURAS

2.1. Queimaduras térmicas:

- Interromper processo de queimadura;
- Se queimadura por fogo, colocar a criança em posição horizontal e enrolar a criança num cobertor, sem cobrir a cabeça;
- Aplicar água fria sobre a queimadura;
- Não rebentar as flictenas (bolhas);
- Retirar roupas não aderentes ao corpo;
- Proteja a pele da criança com compressas limpas humedecidas e encaminhe-a para o H. Pediátrico, em caso de necessidade.

PREVENÇÃO:

- Limitar temperatura da água das torneiras;
- Manter fora do alcance das crianças isqueiros, fósforos;
- Adquirir detectores de fumo;
- Ensinar à criança o significado de "quente".

ATENÇÃO:

NÃO USE GORDURAS (MANTEIGA OU AZEITE) PARA QUEIMADURAS.

2.1. Queimaduras químicas:

•Lavar a área afectada com água corrente, SEM ESFREGAR;

•Se atingir os olhos estes devem ser lavados com água corrente com as pálpebras abertas, SEM PRESSÃO;

ATENÇÃO:

Substâncias ácidas e básicas, como soda cáustica, águas sanitárias, cal, colas fortes são alguns dos produtos causadores desses acidentes. Para prevenir mantenha-os fora do alcance das crianças.

2.1. Queimaduras eléctricas:

DEVE:

- Desligar o disjuntor para cortar a corrente eléctrica e só depois tocar na vítima;
- Vigiar sinais de dificuldade respiratória e consciência;
- Tratar a queimadura (em situações em que exista);
- É uma situação grave e que requer ida urgente ao Hospital.

PREVENÇÃO:

- Usar protecções para tomadas.

ATENÇÃO:

Um erro comum quando se assiste a um "choque eléctrico" é utilizar panos molhados para socorrer a vítima… Lembre-se que a água é um óptimo condutor eléctrico!

3. FERIDAS

DEVE:

•Realizar compressão com compressa esterilizada, se ferida sangrante até que haja hemostase;

•Limpar a pele à volta da ferida com água e sabão;

•Lavar a ferida do centro para os bordos, ou em jacto, com soro fisiológico;

•Secar a ferida com pequenos toques, fazendo uso de compressas esterilizadas;

•Desinfectar com antisséptico;

•Aplicar penso se necessário;

•Verificar boletim de vacinas.

NÃO DEVE:

- Tocar na ferida com as mãos;
- Utilizar material de outra pessoa;
- Soprar para a ferida
- Beijar a ferida;
- Colocar água quente na região, mas sim gelo (devidamente protegido);

- Nunca use borra de café, sal, açúcar ou qualquer outro produto para “estancar” a hemorragia;
- Tratar de um ferida cuja gravidade implique a ida ao Hospital.

PREVENÇÃO:

- Manter fora do alcance das crianças tesouras, facas e outros objectos pontiagudos e/ou cortantes;
- Evitar ou forrar móveis baixos com cantos agudos;
- Não deixar a criança circular com pratos e copos nas mãos.

4. DESMAIO

Caso se aperceba que a criança está prestes a desmaiar: palidez cutânea, tonturas, mal-estar, sudorese, … sente-a com a cabeça entre as pernas e ofereça-lhe uma bebida açucarada.

Caso a criança já esteja desmaiada, deite-a com a cabeça ligeiramente lateralizada e com as pernas elevadas. Quando recuperar a consciência, ofereça-lhe uma bebida açucarada.

5. INTOXICAÇÕES

PREVENÇÃO:

- Manter medicamentos e outros produtos tóxicos fora do alcance e visão das crianças;
- Não provocar o vómito em caso de intoxicações, salvo se o rótulo da substância o indicar;
- Colocar substâncias tóxicas fora do alcance da criança;
- Não guardar substâncias tóxicas em recipientes de alimentos;
- Administrar medicamentos como tal e nunca como guloseima;
- Contactar CIAV: 808250143;
- Recorrer ao Hospital Pediátrico.

5.1. Intoxicações alimentares

Sintomas:

•Náuseas/Vómitos;

•Diarreia;

•Prostração;

•Febre;

•Cólicas abdominais;

•Sudorese.

O que fazer:

•Questionar sobre o que comeu;

•Manter a temperatura corporal adequada;

•Encaminhar ao Hospital.

5.2. Intoxicações por tóxicos

Sintomas:

- Vómitos;
- Diarreia;
- Espuma na boca;
- Face, lábios e unhas azulados;
- Dificuldade respiratória,
- Queimaduras na boca
- Delírio e convulsões
- Inconsciência

Questionar:

•O que tomou?

•Quanto tomou?

•A que horas tomou?

NÃO DEVE:

Dar de beber; provocar o vómito

5.3. Intoxicações por medicamentos

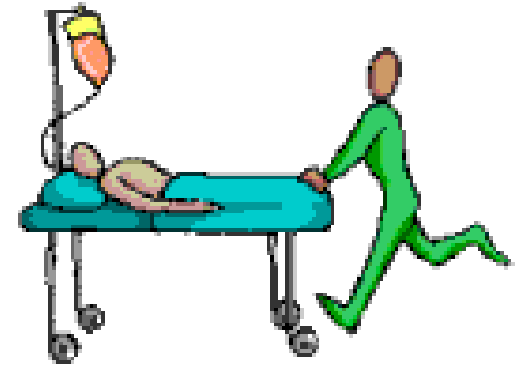
- Questionar sobre o que ingeriu, horas, quantidade…
- Pedir informação ao CIAV (808250143);
- Encaminhar para o Hospital.

5.4. Intoxicações por inalação

- Abrir janelas da sala onde ocorreu a intoxicação;
- Arrastar a vítima para o exterior;
- Colocá-la num local arejado;
- Encaminhar ao Hospital.

6. EPISTAXIS

Deve:

- Comprimir a narina que sangra;
- Aplicar gelo externamente;
- Colocar a cabeça na linha média;
- Encaminhar ao Hospital se a hemorragia persistir por mais de 10 minutos.

7. MORDEDURAS

Cão:

- Desinfectar o local da mordedura;
- Verificar vacinas do animal;
- Encaminhar ao Hospital.

Gatos:

- Desinfectar o local da mordedura;
- Encaminhar ao Hospital.

8. PICADAS

Abelhas:

- Retirar o ferrão com uma pinça (se visível);
- Desinfectar o local da picada;
- Aplicar gelo;
- Vigiar sinais de dificuldade respiratória (cianose, adejo nasal, tiragem intercostal, ruídos respiratórios, gemido, taquipneia)

9.CONVULSÃO

O QUE É?

Causada por alterações eléctricas do cérebro.

CARACTERIZA-SE POR:

Movimentos involuntários do corpo, alteração do estado de consciência, "revolução" ocular.

As convulsões mais frequentes em crianças são as convulsões febris, provocadas por elevação da temperatura. Avalie a temperatura da crianças após a crise e em caso de febre administre-lhe um antipirético.

9.CONVULSÃO (cont)

DEVE:

- Deitar a criança no chão;
- Afastar todos os objectos para prevenir traumatismos;
- Vigiar a duração da convulsão, alterações que surjam e registar tudo o que se presencie;
- Lateralizar a criança para evitar a queda da língua;
- No fim da crise, colocar a criança em Posição Lateral de Segurança;
- Encaminhar para o Hospital.

NÃO DEVE:

•Tentar imobilizar a criança ou introduzir algo na boca

•Em caso de crise convulsiva, não se deve puxar a língua da criança.

10. CRISE DE ASMA

DEVE:

- Acalmar a criança;
- Mantê-la em local arejado, livre de pós e fumos;
- Colocá-la numa posição que facilite a respiração (sentado);
- Administrar terapêutica da criança (bomba);
- Encaminhar ao Centro de Saúde ou Hospital, se necessário.

11. CORPOS ESTRANHOS

OLHOS:

•Não deixar que a criança esfregue os olhos;
•Lavar com água corrente várias vezes; se não resultar deve fazer penso oclusivo e levar ao Hospital.

OUVIDOS:

•Em caso de ser um insecto, colocar uma gota de azeite no ouvido;
•Caso seja um objecto, não colocar qualquer líquido no ouvido, já que existe a possibilidade de haver rotura do tímpano;
•Deve levar a criança ao Hospital.

11. CORPOS ESTRANHOS (cont)

NARIZ:

- Assoar-se com força, comprimindo a narina contrária;
- Caso não resulte, não tente retirar os objectos já que os poderá empurrar;
- Dirija-se ao H. Pediátrico ou ao Centro de Saúde.

11. CORPOS ESTRANHOS (cont)

OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS:

- Chama-se aspiração quando um alimento ou objecto vai para a árvore respiratória em vez de ir para o estômago.
- Requer actuação imediata!
- Estimular a tosse;
- Fazer com que a criança abra a boca. Caso o corpo estranho se veja, tente retirá-lo;
- MANOBRA DE HEIMLICH

Manobra de Heimlich

- Para crianças com mais de 1 ano;
- **Com a criança de pé:**
  - Posicione-se atrás da vítima e envolva-a com ambos os braços;
  - Coloque uma das mão cerradas 3 dedos abaixo do apêndice xifóide;
  - Coloque a outra mão espalmada sobre a 1ª;
  - Faça pressão em sentido ascendentes
- Com a criança deitada:
  - A criança deverá estar sobre uma superfície plana e dura;
  - Coloque-se de joelhos à altura do tórax da vítima;
  - Faça o procedimento descrito anteriormente.

Bibliografia:

•**HOCKENBERRY**, Marilyn et al – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2006. ISBN 85-352-1918-8.

•CASSANDRA e OPPERMAN – **Enfermagem Pediátrica Contemporânea.** Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-19-3.

•**Associação para a Promoção da Segurança Infantil** [em linha]. (2009) [consult. 13 Novembro 2009]. Disponível em WWW: URL: http://apsi.org.pt.

Obrigada pela atenção!

PICADAS:

Abelhas:

- Retirar o ferrão com uma pinça (se visível);
- Desinfectar o local da picada;
- Aplicar gelo;
- Vigiar sinais de dificuldade respiratória.

CONVULSÃO:

- Deitar a criança no chão;
- Afastar todos os objectos para prevenir traumatismos;
- Vigiar a duração da convulsão, alterações que surjam e registar tudo o que se presencie;
- Lateralizar a criança para evitar a queda da língua;
- No fim da crise, colocar a criança em Posição Lateral de Segurança;
- Encaminhar para o Hospital.

CRISE DE ASMA:

- Acalmar a criança;
- Mantê-la em local arejado, livre de pós e fumos;
- Colocá-la numa posição que facilite a respiração (sentado);
- Administrar terapêutica da criança (bomba);
- Encaminhar ao Centro de Saúde ou Hospital, se necessário.

CORPOS ESTRANHOS:

Olhos:

- Não deixar que a criança esfregue os olhos;
- Lavar com água corrente várias vezes; se não resultar deve fazer penso oclusivo e levar ao Hospital.

Ouvidos:

- Em caso de ser um objecto não colocar qualquer líquido no ouvido, já que existe a possibilidade de haver rotura do tímpano;
- Deve levar a criança ao Hospital.

Nariz:

- Assoar-se com força, comprimindo a narina contrária;
- Caso não resulte, não tente retirar os objectos já que os poderá empurrar;
- Dirija-se ao H. Pediátrico ou ao Centro de Saúde.

Obstrução das vias aéreas:

- Estimular a tosse;
- Fazer com que a criança abra a boca. Caso o corpo estranho se veja, tente retirá-lo;
- MANOBRA DE HEIMLICH

Para qualquer esclarecimento contacte o Centro de Saúde (239 802900)

Realizado por:
Ana Cláudia de Oliveira Roça
Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa

Sob orientação da Enfermeira Ilda Duarte

ACIDENTES FREQUENTES COM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: PRIMEIROS SOCORROS

Centro de Saúde de São Martinho do Bispo
2009

As crianças têm o direito a brincar, descobrir, sonhar, o que as torna mais susceptíveis a acidentes… mas a protecção das mesmas cabe-nos a nós pais, educadores, profissionais de saúde … a todos.

CAIXA DE PRIMEIROS SOCORROS:

- Álcool
- Antisséptico (Bétadine®)
- Água oxigenada
- Soro Fisiológico (embalagens individuais)
- Adesivo
- Compressas individualizadas
- Pensos rápidos
- Ligaduras
- Tesoura
- Luvas
- Sabão

QUEDAS:

- Acalmar a vítima;
- Observar traumatismos;
- Manter a temperatura corporal adequada;
- Actuar de acordo com a lesão:

-Se criança politraumatizada: não mobilizar a vítima e contactar 112.

-Se aparentemente a criança está bem: aplicar gelo nos traumatismos, devidamente protegido e em intervalos de 10 minutos.

VIGIAR:

Vómitos, sonolência, confusão, estado de consciência, alteração da fala…

QUEIMADURAS QUÍMICAS:

- Lavar a área afectada com água corrente, SEM ESFREGAR;
- Se atingir os olhos estes devem ser lavados com água corrente com as pálpebras abertas, SEM PRESSÃO.

QUEIMADURAS ELÉCTRICAS

- Desligar o disjuntor para cortar a corrente eléctrica e só depois tocar na vítima;
- Vigiar sinais de dificuldade respiratória e consciência;
- Tratar a queimadura (em situações em que exista);
- É uma situação grave e que requer ida urgente ao Hospital.

FERIDAS:

- Realizar compressão com compressa esterilizada, se ferida sangrante até que haja hemostase;
- Limpar a pele à volta da ferida com água e sabão;
- Lavar a ferida do centro para os bordos, ou em jacto, com soro fisiológico;
- Secar a ferida com pequenos toques, fazendo uso de compressas esterilizadas;
- Desinfectar com antisséptico;
- Aplicar penso se necessário;
- Verificar boletim de vacinas.

DESMAIO:

Caso se aperceba que a criança está prestes a desmaiar: sente-a com a cabeça entre as pernas e ofereça-lhe uma bebida açucarada.

Caso a criança já esteja desmaiada, deite-a com a cabeça ligeiramente lateralizada e com as pernas elevadas. Quando recuperar a consciência, ofereça-lhe uma bebida açucarada.

INTOXICAÇÕES:

Intoxicações por tóxicos:

Não dar nada de beber nem de comer; Não provocar o vómito.

Intoxicações por medicamentos:

- Pedir informação ao CIAV (808250143);
- Encaminhar para o Hospital.

Intoxicações por inalação:

- Abrir janelas da sala onde ocorreu a intoxicação;
- Arrastar a vítima para o exterior;
- Colocá-la num local arejado;
- Encaminhar ao Hospital.

EPISTAXIS:

- Comprimir a narina que sangra;
- Aplicar gelo externamente;
- Colocar a cabeça na linha média;
- Encaminhar ao Hospital se a hemorragia persistir por mais de 10 minutos.

MORDEDURAS:

- Desinfectar o local da mordedura;
- Encaminhar ao Hospital.

CERTIFICADO

____, participou, como formando (a), na Sessão de Educação para a Saúde subordinada ao tema "Acidentes frequentes com crianças em idade pré-escolar: prevenção e primeiros socorros" que se realizou no dia, com a duração de 1 hora, com início às.

Abordaram-se os seguintes temas:

Caixa de primeiros socorros: o que deve conter; Quedas; Queimaduras: térmicas, eléctricas e químicas; Feridas; Desmaio; Intoxicações: medicamentosas, alimentares, tóxicas e por inalação; Epistáxis; Mordeduras e picadas; Convulsão; Crise de asma; Corpos estranhos: olhos, ouvidos, nariz e obstrução das vias aéreas.

Formação realizada no âmbito da Saúde Escolar do Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo.

Coimbra, 2009

____

ANEXO X – FORMAÇÃO EM SERVIÇO “MUCOPOLISSACARIDOSE”

MUCOPOLISSACARIDOSE

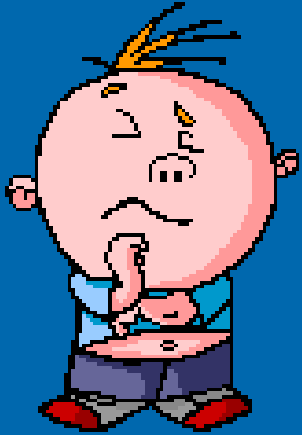
Ana Cláudia Roça
19 de Junho de 2009

SUMÁRIO:

- Definição;
- Tipos de MPS;
- Incidência das MPS;

- Especificamente a tipo II – Doença de Hunter: Mecanismo de herança, manifestações clínicas;
- Diagnóstico;
- Tratamento;
- Cuidados de Enfermagem.
- Administração de elaprase®

MUCOPOLISSA

-CARIDOSE

1. DEFINIÇÃO:

- Doenças metabólicas hereditárias, que fazem parte do grupo de doenças causadas por alterações no funcionamento do lisossoma.
- Causa: défices enzimáticos - permitem que os lisossomas degradem glicosaminoglicanos (GAGs)
- Acumulação de GAGs provoca disfunção celular em células dos diferentes tecidos.

2. TIPOS DE MPS:

DOENÇA	ENZIMA DEFICIENTE	GAGS ACUMULADOS
MPS I (S. Hurler)	a-L-iduronidase	Dermatan sulfato Heparan sulfato
MPS II (S. Hunter)	**Iduronato sulfatase**	**Dermatan sulfato** **Heparan sulfato**
MPS III (S. Sanfilippo)	A: Heparan-N-Sulfatase B: N-acetil-a-D-glicosaminidase C: Acetil CoA:a-glicosaminidase acetiltransferase D: N-acetilglicosamina-6-sulfatase	Heparan sulfato
MPS IV (S. Mórquio)	A: N-acetilgalactosamina-6-sulfatase B: b-galactosidase	Keratan sulfato
MPS VI (S. Maroteaux-Lamy)	Arylsufatase B	Dermatan sulfato
MPS VII (S. Sly)	B-glucoronidase	Dermatan sulfato Heparan sulfato Condroitin sulfato

3. INCIDÊNCIA DAS MPS:

- Doença de Hurler (I): 1 em 100000 nascimentos;
- Doença de Hunter (II): 1 em 65000 nascimentos.

4. DOENÇA DE HUNTER: mecanismo de herança

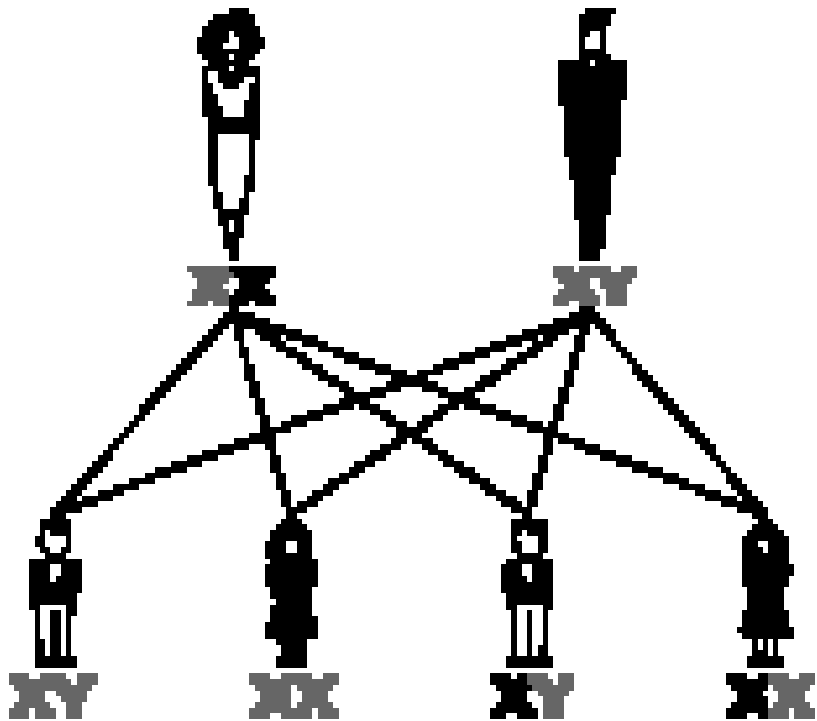



Figura 2 - Mecanismo de herança na MPS II - Herança ligada ao X

Na MPS tipo II o gene com "defeito" está ligado a um dos cromossomas X da mãe.

Nos outros tipos de MPS ambos os progenitores têm um gene normal e outro com "defeito" – Doença autossómica recessiva.

5. PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS (MPS II):

- Sintomas precoces nas formas mais graves:
  - Hérnia umbilical e inguinal e macrocefalia;
- Início da doença ocorre entre os 2 e os 4 anos com:
  - Desaceleração do crescimento;
  - Hirsutismo;
  - Diminuição das acuidades visual e auditiva;
  - Macroglossia;
  - SDR;

5. PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS (MPS II) (cont)

- Doenças coronárias (por infiltração das válvulas cardíacas);
- Diarreia crónica (por infiltração intestinal);
- Espleno e hepatomegália;
- Atraso do desenvolvimento psicomotor;
- Alterações do comportamento (défices de atenção);

5. PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS (MPS II) (cont)

- Deformidades ósseas ➡ cifoses;
- Limitações articulares;
- Síndrome túnel cárpico;
- Hipertrofia dos alvéolos dentários;
- Aumento da face;
- Infecções respiratórias de repetição (por infiltração das VAS);
- Apnéias obstrutivas do sono;

5. PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS (MPS II) (cont)

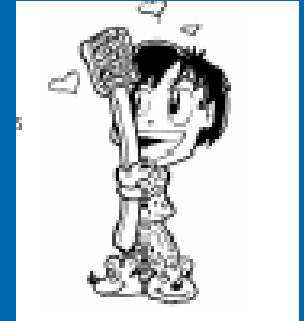
- Aumento dos ventrículos cerebrais (hidrocefalia e aumento PIC) (por infiltração das meninges)
- Hipoplasia odontóide (diminuição da formação óssea entre a 1ª e 2ª vértebra cervical) ⇨ lesão medular
- HTA.

DIAGNÓSTICO:

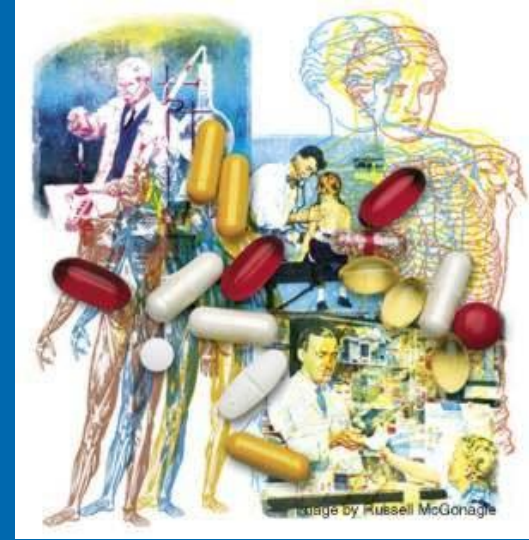
- Exames imagiológicos (rx esqueleto);
- Polissonografia;
- Dosagem de GAGS na urina;
- Avaliações oftalmológica, cardíaca e auditiva.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

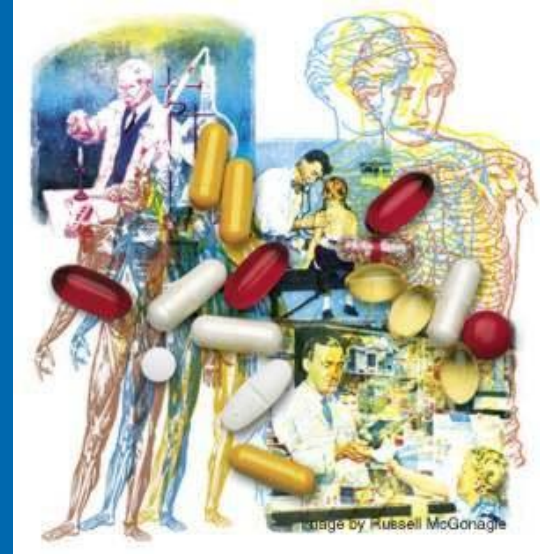
- Ensinos relativamente à higiene oral;

- Despiste de cáries dentárias;
- Avaliação da motricidade oral, mastigação, deglutição e fala;
- Apoio aos pais;
- Exercícios articulares e musculares;

CUIDADOS DE ENFERMAGEM (cont):

- Incentivar independência nas AVD's;
- Evitar hiperextensão da cabeça;
- Cabeceira da cama elevada a 45º;
- Evitar movimentos bruscos;
- Despiste de diminuições na acuidade visual e auditiva;
- Exercícios respiratórios (cinesiterapia respiratória);

ADMINISTRAÇÃO DE ELAPRASE®:

- Calcular dose total a administrar (0.5mg por Kg peso);
- Diluir em 100ml NaCl 0.9% (técnica asséptica);
- Uma vez diluída, misturar a solução, sem agitar;
- Estabilidade físico-química após diluição: 8h a 25°C;
- Não administrar outra terapêutica concomitantemente;
- Perfusão em 1 a 3 horas, semanalmente.

ADMINISTRAÇÃO DE ELAPRASE® (cont):

- Efeitos secundários possíveis:
  - Cefaleias;
  - Variações da TA;
  - Exantema;
  - Febre;
  - Tonturas;
  - SDR;
  - Dores abdominais;
  - Edemas.

Não esquecer:

BIBLIOGRAFIA

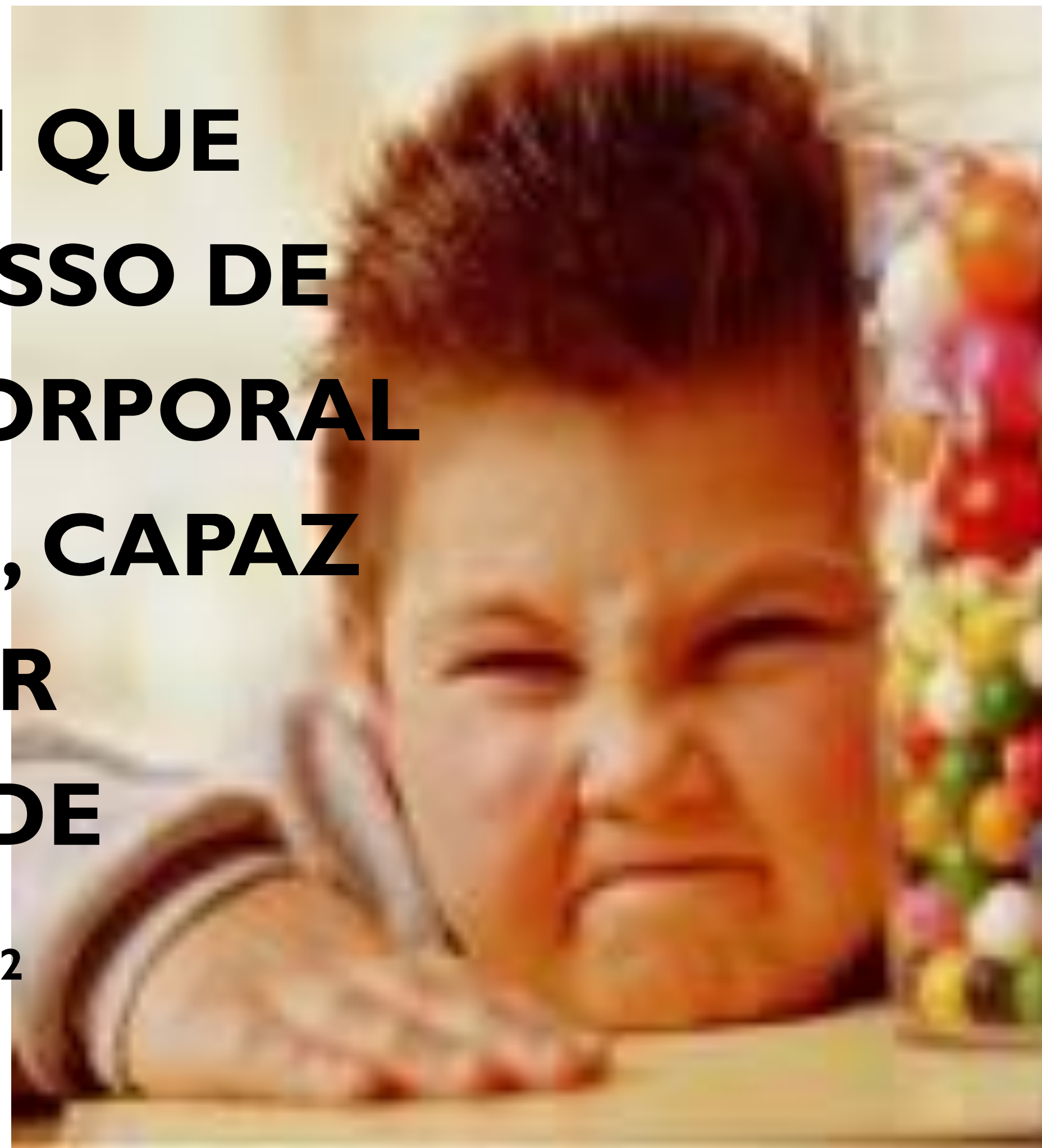
- http://www.unifesp.br/centros/creim/downloads/gz-mps-apostila-2003.pdf
- http://www.mpssociety.org/
- http://www.chc.min-saude.pt/servicos/Genetica/mps.htm

ANEXO XI – POSTER “OBESIDADE INFANTIL”

OBESIDADE INFANTIL

Ana Cláudia de Oliveira Roça
Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa 2009

Serviço de Pediatria – Hospital de Entre Douro e Vouga, EPE (Unidade São Sebastião)
Director de Serviço: Prof. Dr. Rui Carrapato
Enf. Chefe: Enfª Celina Capela

"DOENÇA EM QUE EXISTE EXCESSO DE GORDURA CORPORAL ACUMULADA, CAPAZ DE PROVOCAR PROBLEMAS DE SAUDE". OMS, 2002

"Disease in which there is excess body fat accumulation, capable of causing health problems". OMS, 2002

2ª CAUSA DE MORTE PASSÍVEL DE PREVENÇÃO

FACTORES DE RISCO

- Genética
- Doenças endócrinas
- Hereditariedade
- Factores sociais, familiares e psicológicos
- Sedentarismo
- Alimentação e exercício físico desajustados

PREVENÇÃO/ TRATAMENTO:

Educação alimentar

Envolvimento familiar

Actividade física

COMPLICAÇÕES:

- Diabetes não insulinotratada
- Doenças cardiovasculares
- Alterações no padrão de sono
- Problemas osteoarticulares
- Doenças do comportamento alimentar
- Problemas respiratórios
- Perturbações na puberdade
- Baixa auto-estima e estigma social

Bibliografia:
http://www.portaldasaude.pt; http://www.obesidade.online.pt; http://static.publico.clix.pt; http://www.dgsaude.pt.